ডেভিডসন-এর ক্লিনিক্যাল মেডিসিন

চতুর্থ খণ্ড

ভাষান্তর : সমর রায়চৌধুরী

পশ্চিমবঙ্গ রাজ্য পুস্তক পর্ষদ

১৬৭৫৩

সেভিল-এর ক্লিনিক্যাল মেডিসিন

(চতুর্দশ সংস্করণ)

[*Savill's System of Clinical Medicine*]

(14th edition)

COMPLIMENTARY

চতুর্থ খণ্ড

ভাষান্তর

সমর রায়চৌধুরী

পশ্চিমবঙ্গ রাজ্য পুস্তক পর্ষদ

SAVILLER CLINICAL MEDICINE
Samar Raichoudhury

প্রকাশকাল : জানুআরি, ১৯৯০

প্রকাশক : পশ্চিমবঙ্গ রাজ্য পুস্তক পর্ষদ
(পশ্চিমবঙ্গ সরকারের একটি সংস্থা)
আর্য ম্যান্‌সন্‌, নবম তল
৬-এ রাজা সুবোধ মল্লিক স্কোয়ার
কলিকাতা ৭০০ ০১৩

মুদ্রক : অরুণকুমার চট্টোপাধ্যায়
জ্ঞানোদয় প্রেস
৫৫বি কবি সুকান্ত সরণি
কলিকাতা ৭০০ ০৮৫

প্রচ্ছদ : দুর্গা রায়

মূল্য : পঁয়ত্রিশ টাকা

Published by Sri Sibnath Chattopadhyay, Chief Executive Officer, West Bengal State Book Board, under the Centrally Sponsored Scheme of Production of books and literature in regional languages at the University level launched by the Government of India in the Ministry of Human Resource Development (Department of Education), New Delhi.

বিষয় সূচী

তালিকা সূচী

সপ্তদশ অধ্যায়

প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গ

ইতিপূর্বে বেশ কয়েকটি ক্ষেত্রে আমরা লক্ষ্য করেছি যে বৈজ্ঞানিক গবেষণা অনুসারে নিউমোনিয়া, হৃৎপিণ্ডের অন্তরপ্রদাহ ইত্যাদি তথাকথিত স্থানীয় ব্যাধিগুলি আসলে সর্বাঙ্গীণ বীজাণুদূষণের স্থানীয় প্রকাশ মাত্র। বর্তমান আলোচনায় সেই সূত্রটিই আবার প্রমাণিত হবে। যেমন, অস্থিসন্ধির গেঁটেবাত (gouty joints) হল বিপাকক্রিয়ায় বিশৃঙ্খলার স্থানীয় নিদর্শন; তেমনি তীব্র রিউম্যাটিজ্‌মের (বাত) উৎপত্তি সম্ভবত বীজাণু থেকে। খুব সম্ভব (শুধু আঘাত জনিত ছাড়া) অস্থিসন্ধির সব ব্যাধিই বিষক্রিয়া, বীজাণুদূষণ কিংবা প্রদাহপীড়িত অবস্থার স্থানীয় অভিব্যক্তি। সেই সূত্রের সঙ্গে সঙ্গতি রেখে, যেহেতু সব ব্যাধিরই পর্যালোচনা হচ্ছে লক্ষণের ভিত্তিতে, এখানেও এমন কিছু ব্যাধির লক্ষণ ও নিদর্শন আলোচিত হবে যেগুলি প্রধানত অথবা সর্বতোভাবে উপরের ও নিচের প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট।

ল ক্ষ ণা ব লী

প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের ব্যাধিতে প্র ধা ন ল ক্ষ ণ হল **ব্যথা** (অথবা বেদনাদায়ক অনভূতি) যার সঙ্গে কোন কায়িক পরিবর্তন নাও থাকতে পারে।

§ **578. হাতে-পায়ে ব্যথার** কারণ অনুসন্ধান করতে হবে দেহের অন্যত্র ব্যথার মত একইভাবে—কোথায় ব্যথা হচ্ছে, তার চরিত্র কি, মাত্রা (বা তীব্রতা) কি রকম, স্থায়িত্ব কতক্ষণ, ব্যথা হয় সব সময় না মাঝে মাঝে? ব্যথা হতে পারে ত্বকে কিংবা কোন অস্থিসন্ধিতে বা অন্য কোন উপাঙ্গে, অথবা সর্বাঙ্গে—যেমন হয়ে থাকে নিদারুণ শ্রান্তিতে। তার চরিত্র হতে পারে তীক্ষ্ণ ও তীরবিদ্ধ হওয়ার মত (যেমন টেবিসে), অথবা ঢিমে এবং দুর্বহ (যেমন হয় রক্তনালীর ব্যাধিতে), অথবা ছুঁচ বা পিনবিদ্ধ

হওয়ার মত (যে-ধরনের ব্যথা হয় স্নায়ুর বা স্নায়ু ঘটিত রক্তনালীর ব্যাধিতে)। ব্যথার স্থানীয় কোন কারণ আছে কি না জানার জন্যে ত্বক, ত্বকনিম্ন টিস্যু, স্নায়ু, পেশী এবং রক্তনালীগুলি পরীক্ষা করতে হবে। তবে মনে রাখা দরকার যে প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গে, বিশেষ করে পায়ের ব্যথা সর্বাঙ্গীণ কারণেও হতে পারে এবং সেই কারণটি ব্যথা শুরু হওয়ার পর কিছুকাল পর্যন্ত সুস্পষ্ট না হওয়াও সম্ভব। আবার মস্তিষ্ক, সুষুম্নাকাণ্ড, বক্ষ এবং উদরদেশের ব্যাধি থেকেও ব্যথার উৎপত্তি হতে পারে। সুতরাং অস্পষ্ট কারণ জনিত ব্যথার অনুসন্ধানে প্রস্রাব, রক্ত এমনকি কটিদেশস্থ সুষুম্নাকাণ্ড ফুটো করে তরল পদার্থ সহ সর্বাঙ্গীণ পরীক্ষা করা দরকার। প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের ব্যথা শুরু হতে পারে তীব্র অথবা ধীর প্রচ্ছন্নভাবে।

(a) হা তে পা য়ে তী ব্র ব্য থা আকস্মিকভাবে শুরু হলে সে-ব্যথা ইনফ্লুয়েঞ্জা, টনসিল-প্রদাহ, টাইফয়েড, হৃৎপিণ্ডের মারক (ম্যালিগন্যান্ট্) অন্তরপ্রদাহ, ভেরিয়োলা (বসন্ত), স্কারলেটিনা অথবা অন্য কোন নির্দিষ্ট ধরনের জ্বরের সূচনা হওয়া সম্ভব। বহু ক্ষেত্রে ইনফ্লুয়েঞ্জার একমাত্র লক্ষণ হল ব্যথা এবং সঙ্গে জ্বর। তী ব্র রি উ ম্যা টি জ্ ম্ এবং গা উ টে দ্রুত ব্যথার সূত্রপাত হয়ে সে-ব্যথা পেশী, অস্থি এবং অস্থিসন্ধিতে পরিবাহিত হয়। ডেঙ্গুতেও তাই (হাড়-ভাঙ্গা জ্বর)। প রি খা জ্ব রে পায়ে, বিশেষ করে জঙ্ঘার সামনে (shin) প্রচণ্ড ব্যথা ও টিপলে বেদনাবোধ অনুভূত হয়। ট্রি চি নো সি সে র দ্বিতীয় পর্যায়ে পরাঙ্গজীবীরা যখন স্থান পরিবর্তন করে সে-সময় পেশীতে প্রচণ্ড ব্যথা হয়। হাতে-পায়ে ব্যথার সঙ্গে জ্বর হয় স্কার্ভি, অষ্টিয়োমায়েলাইটিস এবং অস্থির মুক্ত প্রান্তের প্রদাহে। ধমনীর মধ্যে রক্তপিণ্ডের দ্বারা রক্তস্রোত অবরুদ্ধ হলে হাতে-পায়ে হঠাৎ প্রচণ্ড ব্যথার উদ্রেক হতে পারে। একই ঘটনা ঘটতে পারে শিরার থ্রম্বোসিসে। শেষোক্ত দুটি ক্ষেত্রে জ্বর হয় না।

হা তে - পা য়ে অ ন তি তী ব্র ও দী র্ঘ স্থায়ী যে-ব্যথা প্রচ্ছন্নভাবে শুরু হয় তার কারণ হতে পারে নিম্নরূপঃ (1) কেন্দ্রীয় অথবা স্থানীয় স্নায়ুপীড়া—বিশেষ করে সায়াটিকা ও বহু স্নায়ু-প্রদাহ। প্রষ্টেটের কারসিনোমায় পায়ে ব্যথা হতে পারে, সঙ্গে শ্রোণীর অস্থিতে লক্ষণীয় কোষ স্থাপন (deposit) ঘটতে পারে। একসঙ্গে একাধিক স্নায়ু-প্রদাহের কারণ বহুবিধ (§ 974)। স্নায়বিক অবসন্নতাতেও একই রকম ব্যথা হয়। স্নায়বিক

ব্যথার অন্যান্য কারণ হল টেবিস ডরসালিস, গ্রীবাদেশীয় পঞ্জরাস্থি এবং গুরুমস্তিষ্কের টিউমার ও মেনিনজাইটিস, কশেরুকা কিংবা সুষুম্নাকাণ্ডের ব্যাধি, স্নায়বিক বেদনা ও অ্যাক্রোপারেসথেসিয়া[1]। পায়ের পাতায় প্রচণ্ড ব্যথা হলে চেটাল-পা (flat foot) কিংবা পদকূর্চাস্থির (metatarsal) ব্যথা সন্দেহ করা উচিত। পদকূর্চাস্থির ব্যথা (মর্টন বর্ণিত ব্যাধি) আসলে পায়ের পাতায় স্নায়বিক ব্যথা যার কারণ কূর্চাস্থিগুলির অগ্রভাগ পাশের দিকে সরে যাওয়ার জন্যে স্নায়ুর উপর চাপ পড়া। তার জন্যে পায়ের কড়াও (corn) হতে পারে (রোগী হয়তো সেই কারণেই পরামর্শ চাইতে আসেন)। (2) অস্থিসন্ধি এবং পেশীতে ব্যথা দীর্ঘস্থায়ী রিউম্যাটিজ্‌ম্, উপাস্থির অতিবৃদ্ধি সহ দীর্ঘস্থায়ী সন্ধি-প্রদাহ (rheumatiod arthritis), অস্থি সহ অস্থিসন্ধির প্রদাহ (osteoarthritis), গেঁটেবাত (gout) এবং সব ধরনের সাইনোভাইটিসের[2] বৈশিষ্ট্য। (3) রক্তনালীসমূহ ব্যাধিগ্রস্ত হওয়ার ফলে সৃষ্টি হয় মাঝে মাঝে সাময়িক খঞ্জতা, থ্রম্বোসিস, তঞ্চিত রক্ত-পিণ্ডের দ্বারা বিঘ্নিত রক্তস্রোত (embolism), হাতে-পায়ে জ্বালাকর ব্যথা ও রক্তিমাভা (erythromelalgia), ধমনীর প্রসারণ ও থলিসৃষ্টি (aneurism), কুঞ্চিত ও স্ফীত শিরা, প্রসবোত্তর কালে ফিমর‍্যাল শিরার প্রদাহ (phlegmasia alba dolens), রেনড (Raynaud) বর্ণিত ব্যাধি, ধমনীর বহিস্তকে গুটিযুক্ত প্রদাহ (periarteritis) এবং গ্যাংগ্রিন। রক্তনালী আক্রান্ত হওয়ার বিশেষ লক্ষণ হল অসাড়তা এবং ঝিনঝিন করা ; এই লক্ষণদুটি রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনা সংক্রান্ত (motor) বিশৃঙ্খলার সঙ্কেত ; অথবা এর কারণ স্নায়বিক—যেমন স্নায়ু-প্রদাহ, টেবিসের প্রারম্ভিক স্তর, ডিস্‌সেমিনেটেড স্‌ক্লেরোসিস অথবা অন্য কোন অঙ্গীয় স্নায়ুপীড়া। (4) হাতে-পায়ে ব্যথার সঙ্গে কিছু কিছু চর্মরোগও উপস্থিত থাকে। (5) শিশুদের প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গে ক্রমবর্ধমান ব্যথা গুরুতর রূপ ধারণ করতে পারে ; হয়তো ঘটনাটি অনতিতীব্র রিউম্যাটিজ্‌ম্ প্রসূত, যা সূচনাতেই নির্ণয় ও চিকিৎসা না করলে হৃৎপিণ্ডের অন্তরপ্রদাহ সৃষ্টি এবং স্থায়ী ক্ষতি সাধন

---

1. **Acroparesthesia :** এমন এক স্নায়বিক ব্যাধি যাতে প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গগুলি, বিশেষ করে আঙ্গুল, হাত ও পুরোবাহু ঝিনঝিন করে, অসাড় এবং শক্ত হয়ে যায়।

2. **Synovitis :** অস্থিসন্ধির অভ্যন্তরে চটচটে ঝিল্লীর প্রদাহ।

করতে পারে। (6) পায়ে ব্যথা হতে পারে অস্থি বা অস্থিসন্ধির ব্যাধি থেকে, পায়ের পাতা কিংবা মেরুদণ্ডের কোন বিকৃত ভঙ্গির জন্যে। (7) অস্থির নানা রকম ব্যাধি (§ 607) প্রচ্ছন্নভাবে হাতে-পায়ে অনির্দিষ্ট এবং অস্পষ্ট ব্যথার সঙ্গে শুরু হয়। সম্ভাবনাটি শিশুদের ক্ষেত্রে বিশেষভাবে মনে রাখা দরকার। প্রদাহ হতে পারে তীব্র অথবা দীর্ঘস্থায়ী এবং অস্থিটি উপরতলের না হলে উপরিভাগে তার কোন নিদর্শন না-থাকাও সম্ভব। অষ্টিয়োমায়েলাইটিস একটি অতীব গুরুতর ব্যাধি যা দ্রুত নির্ণয় করা প্রয়োজন। সিফিলিসেও অস্থিতে ব্যথা হয় এবং রাতে বৃদ্ধি পায়। অন্যান্য কারণ হল প্যাগেট (Paget) বর্ণিত ব্যাধি, মজ্জার একাধিক টিউমার (myeloma), অস্থি নরম হয়ে যাওয়া (osteomalacia), অস্থির ছিদ্রবাহুল্য (osteoporosis), অ্যাক্রোমেগালী, কাশিং (Cushing) বর্ণিত উপব্যাধি, নপুংসকত্ব (eunuchoidism), রিকেট, রক্তের ব্যাধি এবং টিউমার। (8) পেশীতে টান পড়লে কিংবা পেশীতন্তু ছিঁড়ে গেলে দীর্ঘস্থায়ী ব্যথা এবং তা থেকে আংশিক অকর্মণ্যতা সৃষ্টি হতে পারে, অথচ তার কোন কায়িক নিদর্শন থাকেনা। পেশীতে ব্যথা হওয়ার অন্যান্য কারণ হল পেশীর তীব্র প্রদাহ, রিউম্যাটিজ্‌ম্ জনিত তন্তুপ্রদাহ, ট্রিচিনেলা সংক্রমণ, টিউমার এবং প্রদাহ-পীড়িত পেশীতে অস্থিটিস্যুর আবির্ভাব (myositis ossificans)। (9) ক্রাচের দ্বারা স্থানীয় আঘাত কিংবা তার চাপ, স্বল্প পরিসরে কুঁকড়ে শুয়ে ঘুমানো, অথবা কুক্ষি গ্রীবা কিংবা শ্রোণীদেশের লসিকা গ্রন্থি প্রদাহ বা টিউমার থেকে ব্যথা হওয়া সম্ভব। ভারী বলয় পরার জন্যে আলনার স্নায়ুতে ব্যথা হতে পারে। অ্যায়োর্টার অ্যানিউরিজ্‌মে এবং অ্যাঞ্জাইনায় বিশেষ করে বাঁ দিকের বাহুতে তীরবিদ্ধ হওয়ার মত ব্যথা হয় (§ 1004)। (10) বক্ষদেশ সতর্কভাবে পরীক্ষা করা দরকার, কারণ বাহু বেয়ে নেমে আসা ব্যথা বক্ষের সেই দিকে কোন ব্যাধির ইঙ্গিত—হয়তো শীর্ষদেশীয় প্লুরিসি বা হৃদরোগ বা অ্যানিউরিজ্‌ম্ অথবা মেডিয়স্টাইনামের কোন টিউমার। (11) পায়ে ব্যথার কারণ হিসাবে শ্রোণীদেশীয় নিতম্বসন্ধির বা কশেরুকার ব্যাধি-সম্ভাবনা অনেক সময় দৃষ্টি এড়িয়ে যায়।

B বিভাগ : কায় পরীক্ষা

প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের কায়িক নিদর্শন বলতে প্রধানত বোঝায় ত্বকের কোন

দৃশ্যমান পরিবর্তন এবং হাত-পা, অস্থিসন্ধি, পেশী, অস্থি অথবা রক্তনালী ও স্নায়ুর অবস্থান্তর।

§ 578 (a). **হাত-পা** পর্যবেক্ষণে হয়তো চোখে পড়বে কোন অংশ লাল হয়ে উঠেছে অথবা রঙের পরিবর্তন ঘটেছে; হয়তো শোথ, কুঞ্চিত শিরা কিংবা ছড়িয়ে পড়া ধরনের বা স্থানীয় স্ফীতির উদ্ভব হয়েছে। ত্বকের স্ফোটক (র‍্যাশ্‌) সম্পর্কে বর্ণনা করা হয়েছে পঞ্চদশ অধ্যায়ে এবং দুই পায়ের শোথ আলোচিত হয়েছে § 29 অনুঅধ্যায়ে।

হাতদুখানি যদি সতর্কতাবে পর্যবেক্ষণ করা যায়, অনেক কিছুই জানা যেতে পারে—জানা যেতে পারে রোগীর মানসিকতা, অভ্যাস এবং ব্যাধি চরিত্র। দীর্ঘ সরু কুশলী আঙ্গুলগুলি যার সব সময়ই চঞ্চল, সে-মানুষ প্রায় অবধারিতভাবে সহজে ঘাবড়ে যান এবং কল্পনাপ্রবণ; অপরদিকে হ্রস্ব পুরু এবং পারিপাট্যহীন আঙ্গুল শ্লথতা, চিন্তাশীলতা ও দৃঢ়তার পরিচায়ক।

করতল দেখে রোগীর পেশা সম্পর্কে ধারণা করা যায়। কিছু লোকের করতল স্বাভাবিকভাবেই ঠাণ্ডা, আর্দ্র এবং চটচটে; এঁরা প্রায়ই সুরাসক্তি, থাইরয়েডের অতিসক্রিয়তা, অস্থিসন্ধির সামগ্রিক প্রদাহ অথবা রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনা সংক্রান্ত অন্য কোন ত্রুটিতে ভোগেন। রিউম্যাটিজ্‌ম্‌ অথবা অন্য কোন দীর্ঘস্থায়ী ব্যাধিগ্রস্তদের আঙ্গুলের নিকটতম সন্ধিতে তন্তুজ গুটি দেখা যায়।

নখ এবং নখভূমি পরীক্ষা করেও কিছু খবর পাওয়া যায়। ব্যাহত রক্ত সঞ্চালনে তারা নিষ্প্রভ, অ্যানিমিয়ায় বিবর্ণ। নখের শীর্ষে চাপ দিলে কৌশিক জালিকাগুলি সম্পূর্ণ নিরক্ত হওয়া উচিত নয়; অ্যানিমিয়ায় কিন্তু তাই হয়ে থাকে। অ্যায়োর্টার পশ্চাৎপ্রবাহে নখরশীর্ষে চাপ দিলে কৌশিক জালিকার স্পন্দন দেখা যায়। নখে আড়াআড়ি কোন আল কিংবা সাদা দাগ কোন আঘাত কিংবা প্রতিহত বৃদ্ধির ইঙ্গিত; কয়েক মাস আগে কোন ব্যাধিতে আক্রান্ত হওয়ার চিহ্নও হতে পারে। মনে রাখা ভাল, নখের মূলদেশ থেকে শীর্ষ পর্যন্ত বৃদ্ধি পেতে পাঁচ-ছয় মাস লেগে যায়। ক্ষয়প্রাপ্ত এবং অবতলীয় নখ (চামচের মত) জন্মগত হতে পারে; যদি অর্জিত হয়, সাধারণত সঙ্গে থাকে লোহার ঘাটতিযুক্ত অ্যানিমিয়া (§ 168)। রেমণ্ড বর্ণিত ব্যাধিতে, স্নায়ু-প্রদাহে এবং আঘাত পেলে (যেমন নখ পালিশ করানোর সময়) নখের নানা রকম বিকৃতি ঘটা সম্ভব। গর্তযুক্ত বিবর্ণ নখের

কারণ হয়তো একজিমা, সোরিয়াসিস,[1] দাদ কিংবা মনিলিয়া সংক্রমণ (থ্রাশ্)।

স্থূলাগ্র আঙ্গুল এবং যথেষ্ট উত্তল নখ হয় (i) হৃদরোগে—বিশেষত নীলাভ ত্বক, প্রথম জীবনে কপাটিকার ব্যাধি এবং বীজাণুদূষিত অনতিতীব্র অন্তরপ্রদাহের মত জন্মগত বিশৃঙ্খলায়; (ii) ফুসফুসের ফাইব্রয়েড (তন্তুজ টিউমার) এবং ব্রঙ্কাসের কারসিনোমায়; (iii) অন্যান্য কারণের মধ্যে লিভারের সিরোসিস, স্টিয়াটোরিয়া এবং পলিসাইথিমিয়া রুব্রা ভেরা (লোহিত কণিকার অস্বাভাবিক সংখ্যাধিক্য); (iv) সুস্থ মানুষেরও স্থূলাগ্র আঙ্গুল হতে পারে যদি পারিবারিক বৈশিষ্ট্য থাকে।

অস্থি ও অস্থিসন্ধির কায়বৃদ্ধি ঘটে রোগের অগ্রসর অবস্থায় যেখানে হাতের এবং পায়ের আঙ্গুল স্থূলাগ্র হওয়া ছাড়াও হাত-পায়ের অস্থির এবং কোমল টিস্যুর কায়বৃদ্ধি হয়।

চকচকে আঙ্গুল (মসৃণ ও পাতলা ত্বক) স্নায়ু-ক্ষয়ের পরিণতি—দেখা যায় স্নায়ুকাণ্ডের অবক্ষয় ও পক্ষাঘাতে। আঙ্গুলের ত্বক শক্ত ও পুরু হয়ে গেলেও (scleroderma) এই অবস্থা ঘটে থাকে। ড্যাকটিলাইটিস হচ্ছে কোন একটি ব্যাধিগ্রস্ত অঙ্গুলিনলক (phalanx) পুরু হয়ে যাওয়া এবং টিস্যুগুলি শক্ত হয়ে আঙ্গুলটি বিকৃত হওয়া। তাকে বলা হয় "শ্যাম্পেনের বোতলের মত" আঙ্গুল। অবস্থাটি প্রধানত দেখা যায় টিউবারকুলোসিস এবং সিফিলিসে আক্রান্ত শিশুদের। শেষ অঙ্গুলিনলকসন্ধিতে হেবারডেন (Heberden) বর্ণিত গুটি, ওষ্ঠাকার স্ফীতি ও বিকৃতি আসলে আঙ্গুলের অস্থিসন্ধির প্রদাহ। অস্থি-সন্ধির কাছে ত্বকের ঠিক নিচেই সোডিয়াম ইউরেট সঞ্চিত হয়ে গেঁটেবাতের যে সাদা গুটির উদ্ভব হয় সেগুলিকে উপর থেকে দেখলে হেবারডেন বর্ণিত গুটি বলে মনে হতে পারে।

ক্ষতাঙ্ক সৃষ্টি হওয়ার কারণ: (i) হয়তো কোন বেদনাহীন আঘাত —যেমন সিরিঙ্গোমায়েলিয়া[2] কিংবা টেবিস[3] থেকে, (ii) কিংবা কোন সাইনাস—যেমন হয় গেঁটেবাতে, (iii) অথবা সিফিলিসের তৃতীয় পর্যায়ের

---

1. Psoriasis—ত্বকে আঁশযুক্ত রক্তিম ছোপ। 2. Syringomyelia—সুষুম্নাকাণ্ডে অস্বাভাবিক তরল পদার্থপূর্ণ গহ্বর। 3. Tabes dorsalis—সুষুম্নাকাণ্ডের পশ্চাৎ স্তম্ভের অবক্ষয়।

ক্ষত। মণিবন্ধের অস্থিপ্রান্ত বৃদ্ধি পেতে পারে রিকেটে, সিফিলিসে এবং ফুসফুসের ব্যাধি সহ অস্থিসন্ধির ব্যাধিতে (pulmonary osteoarthropathy)। করতল রক্তিমাভ হয় গর্ভাবস্থায় ও লিভারের সিরোসিসে; শেষোক্ত ক্ষেত্রে আঙ্গুল ও হাত বিস্তার করলে অনিয়মিত ঝাপটানো (flapping) কম্পন হতে দেখা যায়। পুরু টিস্যু সহ "কোদালের মত হাত" মিক্স্ঈডিমার সঙ্কেত। বড় বড় অস্থি সহ বৃহৎ সমতল হাত দেখা যায় অ্যাক্রোমেগালীতে এবং ফুসফুসের ব্যাধি সহ অস্থিসন্ধির বিকারে। পশু-পাখীর নখরের মত (claw) হাত হয় আলনার ও মিডিয়ান স্নায়ু আহত কিংবা প্রদাহপীড়িত হলে; পেশীর ক্রমবর্ধমান অবক্ষয়ে, সিরিঙ্গোমায়েলিয়ায় এবং সারভাইক্যাল প্যাচি মেনিনজাইটিসেও[1] এরকম হাত দেখা যায়। মণিবন্ধ ঝুলে পড়া (wrist drop) পেশী বেষ্টনকারী স্নায়ুগুলির পক্ষাঘাতের বৈশিষ্ট্য।

§ 579. **কুঞ্চিত শিরার** অর্থ প্রধানত পায়ের উপরতলীয় শিরাগুলির প্রসারণ ও কুঞ্চন; এর বৈশিষ্ট্য শিরাগুলি কুঞ্চিত ও স্ফীত হওয়া।

ল ক্ষ ণ কিছু নাও থাকতে পারে। সবচেয়ে সাধারণ অভিযোগ হল টনটনে ব্যথা এবং পাদুখানি শ্রান্ত হয়ে পড়ার অনুভূতি অথবা স্ফীত শিরার উপর ত্বকে জ্বালা ভাব এবং বিবর্ণতা। দিনের শেষে গুলফ্সন্ধি (ankle) শোথগ্রস্ত হওয়া সাধারণ ঘটনা। কুঞ্চিত শিরাগুলিতে প্রদাহ হতে পারে, নিচের পায়ে তার উপর একজিমা কিংবা ক্ষত দেখা দিতে পারে এবং সেগুলি ফেটে গেলে রক্তপাত শুরু হতে পারে।

উ ৎ প ত্তি : কুঞ্চিত শিরার কারণ স্যাফেনো-ফিমর‍্যাল ও স্যাফেনো-পপলিটিয়াল-এর সংযোগ স্থলে কপাটিকাগুলির ত্রুটি; অথবা উপরতলে কিংবা গভীরে অবস্থিত শিরাগুলির সঙ্গে সংযোগী শিরার সন্ধিস্থলে ভাল্ভ্-এর অক্ষমতা—যার ফলে গভীর শিরাগুলি থেকে রক্ত এসে পড়ে উপরতলের রক্তনালীতে। এই ধরনের বিশৃঙ্খলা বেশি ঘটে যদি পারিবারিক ইতিহাস থাকে, যদি প্রদাহের কারণে গভীর শিরাগুলিতে রক্তস্রোত ব্যাহত হয়, অথবা যদি উপরতলের শিরাগুলি প্রত্যক্ষ আঘাতে কিংবা প্রদাহে ক্ষতিগ্রস্ত হয়। এই ধরনের বিশৃঙ্খলা থাকলে তার উপর মেদবাহুল্য, গর্ভাবস্থা, দীর্ঘ

1. গ্রীবাদেশীয় ডুরামিটার প্রদাহ।

সময় ধরে দাঁড়িয়ে থাকা এবং টাইট বন্ধনীর (গার্টার) ব্যবহারে সেই বিশৃঙ্খলা আরও বৃদ্ধি পায়।

চিকিৎসার তিনটি পদ্ধতি আছে: (1) বৃদ্ধ এবং গর্ভিণীরা ধারক হিসাবে উপযুক্ত স্থিতিস্থাপক মোজা ব্যবহারে সবচেয়ে বেশি উপকার পাবেন। শুধু জানুর নিচে ধারকের প্রয়োজন হলে একদিকে বিস্তারযোগ্য মোজা পরতে হবে, কিন্তু পুরো পায়ের জন্যে উভয়দিকে বিস্তারযোগ্য মোজার প্রয়োজন। (2) দীর্ঘ এবং হ্রস্ব স্যাফেনাস শিরা যদি বেশ কিছুদূর পর্যন্ত প্রসারিত হয়ে থাকে অথবা যদি রোগ-লক্ষণ বা উপসর্গ সৃষ্টি হয় সেক্ষেত্রে শিরার যেখানে ত্রুটি ঘটেছে সেই অংশটি বেঁধে দিতে হবে এবং সেই সঙ্গে পায়ের উপরতলের শিরাগুলি বাদ দেওয়াও দরকার। (3) ভাল্‌ভ্‌-এর সামান্য ত্রুটির জন্যে যাঁরা বারবার স্থানীয় শিরাকুঞ্চনে আক্রান্ত হন, অথবা যাঁদের প্রধান উপরতলীয় শিরা কেটে বাদ দেওয়ার পর কুঞ্চনের পুনরাবির্ভাব ঘটে, কিংবা রূপচর্চার খাতিরে যাঁদের কুঞ্চিত শিরা বাদ দেওয়া দরকার, স্থানীয় ইনজেকসন শুধু তাঁদের ক্ষেত্রেই প্রয়োগ করা ভাল। এই চিকিৎসা পদ্ধতিতে শিরা-কুঞ্চনের পুনরাবির্ভাবের সম্ভাবনা থাকলেও লক্ষণগুলি উপশম হয় এবং পরবর্তীকালে আবার চিকিৎসা করা যায়।

ইনজেকসন পদ্ধতি: কার্যকরী ফল পেতে হলে কোন শূন্য শিরার মধ্যে কাঠিন্য সৃষ্টিকারী সলিউসন ইনজেকসন করা দরকার। একটি বন্ধনীর সাহায্যে শিরাটি সামান্য ফুলিয়ে নিয়ে রেকর্ড সিরিঞ্জে যুক্ত 15 বা 16 নং হ্রস্ব ছুঁচ শিরার মধ্যে ঢুকিয়ে দিতে হবে; এবার বন্ধনীটি খুলে ফেলে পা উঁচু করে শিরাটি শূন্য করে নেওয়ার পর শিরার আকার অনুসারে 0·5-2·0 মিলিলিটার কাঠিন্য সৃষ্টিকারী সলিউসন ইনজেকসন করা হয়। সলিউসন যাতে কার্যকর হয় তার জন্যে পাখানি ঐ ভঙ্গিতেই 10 মিনিট উঁচু করে রেখে দেওয়ার পর রোগী আবার হেঁটে চলে বেড়াতে এবং নিজের কাজকর্ম করতে পারবেন। ইনজেকসন দিতে হয় খুব ধীর গতিতে এবং শুরু করতে হয় নিম্নাঞ্চলের শিরা থেকে। সলিউসন ব্যবহার করা হয় ইথানোল্যামিন ওলিয়েট[1] অথবা সোডিয়াম মরুয়েট[2]; দুইই শতকরা 5 ভাগ।

1. **Ethanolamine** 2. **Sod. morrhuate**

§ 580. **একটি প্রত্যঙ্গের শোথ** (স্থানীয় শোথ) হচ্ছে এমন ধরনের স্ফীতি যা চাপ দিলে অবদমিত হয়। এর প্রকৃতি তিন রকম; তাদের লক্ষণ ও নিদর্শনগুলির বৈশিষ্ট্যও পৃথক ধরনের।

(1) স্থা নী য় শো থ যদি কোন প্রত্যঙ্গের কোন একটি এলাকায় সীমাবদ্ধ হয় তার কারণও স্থানীয়—সাধারণত আলগা কোষ-টিস্যুর প্রদাহ জনিত শোথ (সেলুলাইটিস), শিরায় স্থানীয় থ্রম্বোসিস, ধমনী ও স্নায়ু ঘটিত শোথ অথবা অস্থি ও মজ্জার প্রদাহ (অষ্টিয়োমায়েলাইটিস)।

(2) কোন প্রত্যঙ্গের অধিকাংশ এলাকা জুড়ে কিংবা সমগ্র প্রত্যঙ্গে যদি সা র্বি ক শো থ হয় এবং চাপ দিলে এলাকাটি যদি সহজেই অবদমিত হয় তার অর্থ কোন প্রধান শিরায় অবরোধ ঘটেছে; সে অবরোধ শিরার মধ্যে রক্ত তঞ্চন অথবা বাইরের চাপ প্রসূত হতে পারে।

(a) শি রা য় স র ল ধ র নে র থ্র ম্বো সি স শিরার মধ্যে রক্ত তঞ্চনের ইঙ্গিত—যার সঙ্গে শিরার দেয়ালে আনুষঙ্গিক প্রদাহ হতেও পারে, আবার নাও পারে। "থ্র ম্বো ফ্লে বা ই টি স" হল শিরার গায়ে প্রাথমিক প্রদাহ এবং তারপর শিরার মধ্যে তঞ্চন সৃষ্টি। এই দুটি প্রকৃতির মধ্যে পার্থক্য নির্ণয় করা দুষ্কর হতে পারে।

ল ক্ষ ণ নির্ভর করে সংশ্লিষ্ট প্রত্যঙ্গ থেকে রক্ত প্রবাহিত হওয়ার ব্যাপারে শিরাটির গুরুত্ব কি রকম তারই উপর—অর্থাৎ কোন উপরতলীয় কিংবা গভীরে অবস্থিত শিরা অথবা কোন প্রধান শিরা আক্রান্ত হয়েছে কি না। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই যেখানে অবরোধ ঘটেছে সেখানে স্থানীয় ব্যথা ও টিপলে বেদনাবোধ হয়, এলাকাটি ফুলে ওঠে, সঙ্গে অনিয়মিত জ্বর এবং অসুস্থতাবোধও থাকে। অবরুদ্ধ উপরতলের শিরা সহজেই দেখা এবং অনুভব করা যায়—ত্বকের ঠিক নিচে লম্বা, বেদনাদায়ক নীলাভ-লাল হয়ে ফুলে উঠেছে। কিন্তু আক্রান্ত শিরাটি যদি কোষনিম্ন টিস্যুর গভীরে অবস্থিত হয়, তাকে চিহ্নিত করা দুষ্কর। এই দুই প্রকৃতিতেই শিরার গতিপথের কাছে স্থানীয় শোথ সৃষ্টি হয়, সার্বিক শোথ হয়না। গভীরে অবস্থিত শিরার থ্রম্বোসিস নির্ণয় করা আরও দুরূহ; সেটি হয়তো পায়ের গোছে (calf) কোন ছোট শিরা, কিংবা হয়তো প্রধান পপলিটিয়াল কিংবা কমন ফিমর্যাল অথবা এক্স্টারনাল ইলিয়াক শিরা, অথবা বাহুতে অবস্থিত ব্রেকিয়াল বা কুক্ষিদেশীয় শিরা। এসব ক্ষেত্রে ব্যথা বা টিপলে বেদনাবোধ হয়না। কিন্তু

কোন প্রধান শিরায় থ্রম্বোসিস হলে সব সময়ই অবরোধ-স্থানের নিচে বিস্তৃত শোথের উদ্ভব হয়ে থাকে। সাধারণত অবরোধ ঘটে পায়ের গুলফে। সেক্ষেত্রে শোথ হয় গুল্‌ফ্‌সন্ধির (ankle) চতুর্দিকে; গুলফের পেশীতে টিপলে বেদনাবোধ হয় এবং পা পিছনদিকে ভাঁজ করলে ব্যথা বেড়ে যায় (হোম্যান বর্ণিত নিদর্শন)। তাছাড়া যেখানে রক্ত-তঞ্চন হয়েছে তার নিচে ত্বকে সামান্য রক্তোচ্ছাস ঘটতে পারে এবং উপরতলের শিরাগুলি স্ফীত হয়ে উঠতে পারে। কিছু কিছু ক্ষেত্রে আকস্মিকভাবে ফুসফুসের রক্ত-নালীতে তঞ্চিত রক্তপিণ্ডের দ্বারা রক্তস্রোত ব্যাহত হওয়ার লক্ষণ থেকে (§ 105) গভীর কোন শিরায় আগে থেকেই থ্রম্বোসিস ঘটে যাওয়ার প্রথম পরিচয় পাওয়া যায়। ঘটনাটি বিশেষ করে ঘটে অস্ত্রোপচারের পর দশম দিন বরাবর। প্রসূতিদের ফিমর্যাল শিরা-প্রদাহ বা "শ্বেত পা" (phlegmasia alba dolens) হচ্ছে প্রধান ফিমর্যাল শিরা অথবা এক্স্‌টার-নাল ইলিয়াক শিরায় থ্রম্বোসিস। সমগ্র পাখানি দ্রুত প্রচণ্ড ফুলে এমনকি স্বাভাবিকের দ্বিগুণ হয়ে যায়, বেদনাদায়ক এবং বিবর্ণ হয়ে পড়ে, ফিমর্যাল শিরায় টিপলে ব্যথা করে এবং তঞ্চিত পিণ্ডটি হাত দিয়ে অনুভব করা যায়। "স্থান বদলকারী থ্রম্বোসিসে" (Thrombosis migrans) বিভিন্ন সময়ে দেহের বিভিন্ন অংশে বিভিন্ন ধমনীতে থ্রম্বোসিস হয়ে থাকে। একই লোকের ফিমর্যাল, করোনারী, পালমোনারী এবং সেরিব্রাল থ্রম্বোসিস হওয়াও সম্ভব; বহু ক্ষেত্রে এর উৎস হল কারসিনোমা (বিশেষত প্যাংক্রিয়াসের) কিংবা কোন বীজাণুদুষ্ট ব্যাধিকেন্দ্র। পূর্বাভাস প্রায়ই মারাত্মক।

উৎপত্তি: শিরায় প্রদাহ ও রক্ত তঞ্চন বাহুর চেয়ে বেশি হয় পায়ে, 40-50 বছর বয়সে। সাধারণত প্রায় প্রতিটি ক্ষেত্রে দুই বা ততোধিক কারণ উপস্থিত থাকে: (i) রক্তের তঞ্চনশীলতা বৃদ্ধি পায়; সেই বৃদ্ধি নির্ভর করে নালীগাত্রের মধ্যস্থিত তরল পদার্থের পরিবর্তনের উপর, অন্ত-র্ঝিল্লী বা এণ্ডোথিলিয়ার[1] কোষগুলির অন্তর্বর্তীস্থলে রজত বর্ণগ্রাহী সংযোজী পদার্থের পরিমাণ বৃদ্ধির উপর, এবং যে-সব কারণে প্লেটলেটগুলি অন্তর্ঝিল্লীর গায়ে আসঞ্জিত হয় সেই কারণগুলির উপর। (ii) রক্ত সঞ্চালন স্তব্ধ হওয়া এই ব্যাপারে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা নিয়ে থাকে। ঘটনাটি বিশেষ করে ঘটে

1. এণ্ডোথিলিয়া—গহ্বর গাত্রের ঝিল্লী; অন্তর্ঝিল্লী।

রোগী যদি শয্যাশায়ী হন এবং সেই অবস্থায় পায়ের শিরাগুলির উপর যদি চাপ পড়ে; হৃৎপিণ্ডের দক্ষিণাংশের অক্ষমতায় অথবা অচেতন রোগীকে শক্ত অপারেশন টেবিলে বেশিক্ষণ শুইয়ে রাখলে তাই হয়ে থাকে। কুঞ্চিত শিরাও এই অবস্থার অনুকূল। (iii) তৃতীয় কারণ উদরের অভ্যন্তরে চাপ বৃদ্ধি—যেমন গর্ভাবস্থায় ও মেদবাহুল্যে শিরায় রক্তের প্রত্যাবর্তন মন্থর হয়ে যায়। (iv) চতুর্থত প্রসব প্রক্রিয়া এবং সমস্ত রকম অস্ত্রোপচারে সঞ্চরমাণ প্লেটলেট-এর সংখ্যা বৃদ্ধি পায়; বিশেষ করে শ্রোণী গহ্বরে কিংবা কুঁচকির হার্নিয়ায় (ফিমর‍্যাল শিরার কাছে) অস্ত্রোপচারের সময় থ্রম্বোসিসের সম্ভাবনা থাকে। (5) পঞ্চম কারণ হল কোন কেন্দ্রভিত্তিক বীজাণুদূষণ (বিশেষ করে দাঁতের সংক্রমণ) অথবা টিনিয়া টারসাই সংক্রমণ। (vi) বারজার (Buerger) বর্ণিত ধমনীর ব্যাধি শুরু হওয়ার আগে প্রায়ই শিরার থ্রম্বোসিস হয়ে থাকে; তা থেকে এই ইঙ্গিত পাওয়া যায় যে শিরাগাত্রে ঐ ধরনের পরিবর্তন ঘটলে তা অস্ত্রোপচারযোগ্য। (vii) প্রত্যক্ষ আঘাত এবং শিরাপথে ওষুধ প্রয়োগও অন্যতম কারণ। (viii) অঙ্গবৃদ্ধির ফলে বাহির থেকে শিরার উপর চাপ পড়তে পারে। পাকস্থলী, ফুসফুস, থাইরয়েড কিংবা প্যাংক্রিয়াসে কারসিনোমার প্রথম নিদর্শন হতে পারে অজ্ঞাত কারণ বশত এক বা একাধিক থ্রম্বোসিস। প্যাংক্রিয়াসের কারসিনোমা প্রসূত শিরার কিংবা ছোট ছোট ধমনীর থ্রম্বোসিসের কারণ হতে পারে সঞ্চরমাণ ট্রিপসিন-এর আধিক্য।

পূর্বাভাস: শিরার সব থ্রম্বাস[1]-এরই (রক্তপিণ্ড) নালীপথে পরিবাহিত হওয়ার প্রবণতা থাকে এবং ছোট শিরাগুলি সম্পূর্ণ পরিষ্কার হয়ে যায়। গভীরে অবস্থিত বড় বড় শিরা মধ্যে তঞ্চিত রক্তপিণ্ড অনেক বেশি অক্ষমতা সৃষ্টি করে—শোথ স্থায়ী হয় কয়েক সপ্তাহ কিংবা জীবন ভোর এবং শিরাগুলি কুঞ্চিত হয়ে যায়। সবচেয়ে গুরুতর উপসর্গ হল ফুসফুসের রক্তনালীতে তঞ্চিত রক্তপিণ্ডের দ্বারা অবরুদ্ধ রক্তস্রোত (pulmonary embolism)।

চিকিৎসা: থ্রম্বোসিস যদি কোন উপরতলের শিরায়—বিশেষত কোন কুঞ্চিত শিরায় সীমাবদ্ধ থাকে, তার উপর আঁট করে একটি ব্যাণ্ডেজ

1. থ্রম্বাস—ধমনীর মধ্যে রক্তস্রোত অবরোধকারী তঞ্চিত রক্তপিণ্ড।

জড়িয়ে রোগী চলে ফিরে বেড়াতে পারেন। কিন্তু আক্রান্ত শিরাটি যদি গভীরে অবস্থিত হয়, যদি শোথ থাকে, অথবা শিরাটি যদি জানুর উপরে এবং বৃহদাকার হয়, সেক্ষেত্রে রোগীকে শয্যাশায়ী রাখা আবশ্যিক। খাটের পাদদেশ 12-18 ইঞ্চি উঁচু করে পায়ের নিচে বালিশ দিয়ে দিলে রোগী আরাম পাবেন। তঞ্চনবিরোধী চিকিৎসায় রক্তপিণ্ডটির সঞ্চরণ নিবারিত হয় এবং সেটি বিশ্লিষ্ট ও গলিত হয়ে যায়। এ-ব্যাপারে হেপারিন বেশ দ্রুত কাজ করে—দেওয়া হয় শিরাপথে 12.500—15.000 ইউনিট নিয়মিত 6 ঘণ্টা অন্তর। বিকল্পে শিরাপথে বিন্দুধারাতেও দেওয়া যায় (মিনিটে 20-30 ইউনিট) এবং তার সঙ্গে মুখ দিয়ে খাওয়ানো হয় ফেনিনডোন[1] (ডিনডিভান)। 24-36 ঘণ্টা পরে ফেনিনডোন সম্পূর্ণ সক্রিয় হলে হেপারিন বন্ধ করে দেওয়া হয়। বয়ার (Bauer) এই সঙ্গে প্রথম দিন থেকেই আক্রান্ত প্রত্যঙ্গটি সঞ্চালন করতে দেন। তঞ্চনবিরোধী এই চিকিৎসা রোগীকে হাসপাতালে রেখে করাই ভাল যেথানে নিয়মিত প্রোথ্রম্বিন টাইম নির্ধারণ করা সম্ভব ; লক্ষ্য থাকে রোগীর প্রোথ্রম্বিন টাইমকে স্বাভাবিকের (control or normal) 2-2½ গুণ রাখা। পথ্যে ফ্যাট কমিয়ে, বিশেষ করে প্রথম সপ্তাহে প্রচুর তরল পদার্থ খেতে দেওয়া হয়। সংক্রমণের কোন উৎসকেন্দ্র সক্রিয় আছে মনে হলে অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ করতে হবে, কিন্তু সব ক্ষেত্রেই অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ নিরর্থক। আজকাল কমন ফিমর‍্যাল অথবা ইলিয়াক শিরা বেঁধে দেওয়া হয়না। প্রতিষেধ হিসাবে প্রসবের অথবা যে-কোন অস্ত্রোপচারের পর—বিশেষত উদরদেশে অস্ত্রোপচারের পর তাড়াতাড়ি পা সঞ্চালন করা এবং তারপর উঠে হেঁটে বেড়ানো, শ্বাস-প্রশ্বাসের ব্যায়াম করা এবং টেবিল বা শয্যা থেকে পা উঁচু করা প্রয়োজন। করোনারী ধমনীর অবরোধে অবিলম্বে তঞ্চনবিরোধী চিকিৎসা শুরু করলে পায়ের থ্রম্বোসিস হওয়ার সম্ভাবনা যথেষ্ট কমে যায়।

(b) কোন শিরার উপর টিউমারের চাপ পড়লে শোথ হতে পারে। কুক্ষিদেশে বা অন্যত্র কোন স্ফীত গ্ল্যাণ্ড, অ্যানিউরিজ্‌ম্, কিংবা বক্ষের অভ্যন্তরে অন্য কোন অঙ্গবৃদ্ধি বাহু থেকে আগত শিরাগুলির উপর চাপ দিতে পারে। অনুরূপভাবে শ্রোণী গহ্বরের কোষটিস্যু-প্রদাহ, প্রস্টেট,

1. **Phenindone (Dindevan)**

মূত্রাশয়, ওভারী বা জরায়ুর কারসিনোমা, আসঞ্জিত কোন পটি অথবা শ্রোণী-গহ্বরে অন্য কোন অঙ্গবৃদ্ধির কারণে পায়ের শিরাগুলির উপর চাপ পড়া সম্ভব।

3. উরু অথবা সমগ্র পায়ের সার্বিক শোথ যদি চাপ দিলে অবদমিত না হয়, সে-শোথের কারণ লসিকা প্রবাহে অবরোধ (লিমফ্‌ঈডিমা, শ্লীপদ)। চিত্র 169 দ্রষ্টব্য।

শিরায় অবরোধের তুলনায় ল সি কা শো থ (lymphoedema) বেশি নিরেট, কারণ ক্ষুদ্রতর টিস্যু-পরিসরে তরল পদার্থ অনেক বেশি চাপে অবস্থান করে এবং তার ফলে তন্তুবৃদ্ধি কিংবা স্নেহজাতীয় টিস্যুর অতিবৃদ্ধি ঘটে। ঘটনাটি ঘটে নিম্নোক্ত কারণে: (1) কারসিনোমার দ্বারা অথবা বিশেষ করে বক্ষের কোন টিউমার অপসারণের পর কিংবা গভীর এক্‌স্‌-রে চিকিৎসার পর লসিকা প্রবাহ অবরুদ্ধ হওয়ার পরিণতি হিসাবে। (2) বারবার লসিকানালীগুলির প্রদাহের পর। একটি বা উভয় উরুতে এবং যোনিদ্বারে লসিকাশোথ হয় শ্রোণী গহ্বরস্থ উপাঙ্গগুলির কিংবা টিস্যুর কারসিনোমায়। (3) গ্রীষ্মপ্রধান দেশগুলিতে যাদের রক্তে ফাইলেরিয়ার ডিম পাওয়া যায় (ফাঃ ব্যাংক্রফ্‌টি অথবা মালয়ী) তাদের এই শোথ দেখা যায়। পরিণত-দেহী ক্রিমিগুলি লসিকানালীতে অবরোধ সৃষ্টি করে। (4) মিলরভ বর্ণিত বংশানুক্রমিক শোথ শুরু হয় জন্মলগ্নে অথবা বয়ঃসন্ধিকাল পর্যন্ত যে-কোন সময়। সাধারণত শোথের সূত্রপাত হয় পা ও গুল্‌ফ্‌-সন্ধির চতুর্দিকে, পরে জানু পর্যন্ত অথবা বিরল ক্ষেত্রে উরুতেও বিস্তারিত হয়ে থাকে। নিতম্ব, জানু অথবা গুল্‌ফ্‌-সন্ধিতে পৌঁছে শোথের সীমারেখা আকস্মিকভাবে শেষ হয়ে যেতে দেখা গিয়েছে। জ্বর এবং তার সঙ্গে স্ফীতির ইতিহাস থাকতে পারে—যার কারণ অজ্ঞাত। রোগ নির্ণয় করা হয় ইতিহাস থেকে এবং পরিবারের অন্যান্য সভ্যরা আক্রান্ত হওয়ার ঘটনার ভিত্তিতে। এর চিকিৎসা হল আক্রান্ত প্রত্যঙ্গটির জন্যে উপযুক্ত ধারক ব্যবহার এবং প্রস্রাব উদ্দীপক ওষুধ প্রয়োগ। পরীক্ষামূলকভাবে যুগল ফ্যাসা (double fascia) চিরে দেওয়াও হয়েছে (Kondoleon's operation)। মাঝে মাঝে স্টেরয়েড প্রয়োগে সুফল পাওয়া গিয়েছে।

§ 581. **লসিকা গ্রন্থির স্ফীতি:** গ্রীবাদেশে, কুক্ষিদেশে, কুঁচকিতে কিংবা দেহের উপরতলের অন্য কোন অংশে লসিকা গ্রন্থিগুলি স্ফীত হওয়ার

কারণ নিম্নরূপ : I আঘাত, বীজাণুদূষণ বা সংক্রমণ, II টিউবারকুলোসিস, III ক্যানসার, IV লিমফোসারকোমা, V সিফিলিস, VI লিমফো-গ্র্যান্থলোমা ইঙ্গুইনেল, VII শ্যাংক্রয়েড, VIII বিশেষ ধরনের তীব্র জ্বর, IX লিউকিমিয়া, X হজকিন বর্ণিত ব্যাধি, XI গ্ল্যাণ্ড ঘটিত জ্বর (§ 498), XII সারকয়ডোসিস (§ 141), XIII বিড়ালের আঁচড় জনিত জ্বর (§ 508), XIV প্লেগ (§ 501), XV ট্রিপনোসোম সংক্রমণ (§ 521), XVI স্ক্রাব টাই-ফাস (§ 486), XVII টক্সোপ্লাজমোসিস (§ 509. a)। I, II, III, VII এবং XVI নং ব্যাধিতে ব্যাধিকেন্দ্রের নিকটবর্তী গ্ল্যাণ্ডগুলি বড় হয় এবং সেই স্ফীতি স্থানীয়ভাবে ঐখানেই সীমাবদ্ধ থাকে ; অন্যান্য ক্ষেত্রে সব গ্ল্যাণ্ডই আক্রান্ত হয়।

I. স্থানীয় আঘাত, বীজাণুদুষ্ট ক্ষত, সংক্রমিত টনসিলের পুঁজযুক্ত প্রদাহে সন্নিকটস্থ গ্ল্যাণ্ডগুলি স্ফীত হয়ে ওঠে। উদাহরণস্বরূপ কুঁচকির গ্ল্যাণ্ডে সরাসরি আঘাত লাগলে ব্যথা হয়, সেগুলি বড় হতেও পারে। কিন্তু তার চেয়েও বেশি হয় পায়ের পাতায় কিংবা নখের চারপাশে কোন ঘা থাকলে এবং সেই ঘা সংক্রমিত হলে। শবব্যবচ্ছেদ করার সময় আঁচড় লাগলে অথবা বীজাণু দ্বারা রক্তদূষণে আক্রান্ত রোগীর রক্ত দেহে অনুপ্রবেশ করলে সংক্রমিত গ্ল্যাণ্ডের স্ফীতি হয় আরও উগ্র প্রকৃতির। লসিকানালীর গতিপথে রক্তিম ছোপ লসিকা-প্রদাহের সঙ্কেত ; কনুই এবং কুক্ষিদেশের গ্ল্যাণ্ডগুলিতে তীব্র ব্যথা ও টিপলে বেদনাবোধ জাগে, সেগুলি দ্রুত পুঁজযুক্ত হয়ে পড়ে। এরকম অবস্থায় অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ না করলে বীজাণু দ্বারা রক্তদূষণ ঘটে এক-দুদিনের মধ্যে মৃত্যু হতে পারে।

II. টিউবারকুলোসিস ঘটিত গ্ল্যাণ্ডস্ফীতি বেশি হয় শিশুদের। (a) সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় গ্রীবাদেশীয় (cervical) গ্ল্যাণ্ডগুলি ; টিপলে বেদনাবোধ জাগে, বড় হয় ; সাধারণত শুরু হয় একদিকে। সূচনায় গ্ল্যাণ্ডগুলি থাকে বিযুক্ত, পরে পনিরের মত পদার্থের উদ্ভবে তাদের আবরণী ভেঙ্গে যায় এবং ফলে পরস্পর জড়িয়ে গিয়ে ত্বকে নালী-ঘা সৃষ্টি করে। (b) একটি বিরল প্রকৃতির গ্ল্যাণ্ডস্ফীতি (এণ্ডোথিলিয়ার টিউবারকুলোসিস) বেশি দেখা যায় প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে। সর্বাঙ্গের লসিকাগ্রন্থিগুলি স্ফীত হয়, প্লীহাও বড় হয়। পরস্পর জড়িত হয় খুব কম এবং সর্বাঙ্গীণ বিশৃঙ্খলাও সামান্য। চি কি ৎ সা—আইসোনিয়াজিড 100 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে দুবার, সঙ্গে

সোডিয়াম অ্যামাইনোস্তালিসিলেট (PAS) 5 গ্রাম মাত্রায় দিনে 3 বার ; অথবা স্ট্রেপটামাইসিন সালফেট 1·0 গ্রাম হিসাবে সপ্তাহে 4 দিন—12 থেকে 18 মাস। পুঁজযুক্ত প্রদাহ হলে পুঁজ চোষণ করে ফেলে সেখানে 0·2 গ্রাম স্ট্রেপটোমাইসিন সালফেট একবার কি দুবার স্থানীয়ভাবে ইনজেকসন দেওয়া যায়।

III. ক্যানসারে প্রথমে আশপাশের গ্ল্যাণ্ডগুলি বড় হয় (§ 571)। এগুলি শক্ত চরিত্রের, অন্যান্য এলাকায় হানা দেয় এবং সন্নিহিত টিস্যুর সঙ্গে আটকে থাকে।

IV. লিমফোসারকোমা হল এক ধরনের অঙ্গবৃদ্ধি যা শুরু হয় লসিকা গ্রন্থিতে অথবা থাইমাসের অনুরূপ টিস্যুতে। গ্ল্যাণ্ডগুলি হজকিন বর্ণিত ব্যাধির চেয়েও দেরিতে বৃদ্ধি পেয়ে দীর্ঘকাল সেই একই জায়গায় সীমাবদ্ধ থাকতে পারে অথবা অধিকাংশ লসিকা গ্রন্থি একসঙ্গে আক্রান্ত হতে পারে। ল ক্ষ ণ নির্ভর করে কোথায় অঙ্গবৃদ্ধি হয়েছে এবং তার ব্যাপ্তি কতটা, তারই উপর। গ্রীবাদেশে এবং মেডিয়ষ্টাইনামে বৃহৎ কোন পিণ্ডের উদ্ভব হলে চাপ সৃষ্টি জনিত লক্ষণ প্রকাশ পায় (§ 81)। রোগ নির্ণয় করা হয় পিণ্ডটি চিরে টিস্যু পরীক্ষা মারফৎ। চিকিৎসা হজকিন বর্ণিত ব্যাধির মত।

জালিকোষগুলির (reticulum cells) সারকোমার চরিত্র লিমফোসারকোমার মতই ; কোষ ও টিস্যু পরীক্ষা মারফৎ রোগ নির্ণয় সম্ভব।

V. সিফিলিসে শ্যাঙ্কারের নিকটবর্তী গ্ল্যাণ্ডগুলি আক্রান্ত হয় সাধারণত কুঁচকিতে। ছোট, শক্ত, বেদনাহীন সেই গ্ল্যাণ্ডগুলি করানুভূতিতেই বোঝা যায়। দ্বিতীয় পর্যায়ে সেগুলি বড় হলেও কোমল শ্যাঙ্কারের মত পুঁজযুক্ত হয়না ; সেই সঙ্গে অন্য সব লসিকা গ্রন্থিও প্রদাহপীড়িত হয়ে পড়ে যা সযত্ন পরীক্ষায় বহু বছর পরেও অনুভব করা যায় (§ 500)।

VI. **লিমফোগ্র্যানুলোমা ইঙ্গুইনেল** (প্রতিশব্দ: গ্রীষ্মমণ্ডলীয় রাগী রোগ ; Bubo ; L. verenum) হচ্ছে এক ধরনের যৌনব্যাধি যার উৎপত্তি পরিস্রাবণীয় এক জাতীয় ভাইরাস থেকে। রোগটি সাধারণত দেখা যায় গ্রীষ্মমণ্ডলীয় দেশগুলিতে, এখন আমেরিকা এবং ইউরোপেও পাওয়া যাচ্ছে।

ল ক্ষ ণ: উপ্তিকাল কয়েক দিন থেকে 3 সপ্তাহ। প্রাথমিক ব্যাধিনিদর্শন হিসাবে পুরুষাঙ্গের উপর দেখা দেয় হারপিসের মত ছোট্ট ক্ষত।

দ্বিতীয় পর্যায়ে, এক থেকে ছয় সপ্তাহ পরে, দেহের মধ্যরেখার দিকে কুঁচকির গ্ল্যাণ্ডগুলি ফুলে ওঠে। হতে পারে দুদিকেই। হাতে-পায়ে অস্বস্তি, টিপলে বেদনাবোধ এবং কুঁচকিতে ব্যথার সঙ্গে জ্বর থেকে ব্যাধিটি সন্দেহ করা যায়। প্রথমে গ্ল্যাণ্ডগুলি শক্ত মনে হয় এবং টিপলে কিছুটা বেদনাবোধ জাগে; চতুর্দিকের ত্বক রক্তিম এবং পরে নীলাভ-বেগনি বর্ণ। পরবর্তী-কালে সেগুলি শ্লথ কিংবা তরঙ্গায়িত হয়ে প্রায় অর্ধ সংখ্যক ক্ষেত্রে নালী-ঘা সৃষ্টি করে। ইলিয়াম এলাকার গ্ল্যাণ্ডগুলি পাউপার্ট (Poupart) বর্ণিত লিগামেন্টের উপরে শক্ত পিণ্ড রূপে অনুভূত হয়। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ হিসাবে দেখা দেয় 7-10 দিন অথবা বহু সপ্তাহব্যাপী সবিরাম জ্বর, ক্ষুধামান্দ্য এবং ওজন হ্রাস। মহিলাদের যোনিদ্বারে শ্লীপদ এবং মলনালীতে তন্তুজ সঙ্কীর্ণতা সৃষ্টি হতে পারে।

রো গ নি র্ণ য়ঃ যৌনাঙ্গের হারপিস দেখতে অনেকটা এই ব্যাধির প্রাথমিক পর্যায়ের মত। এছাড়া ফাইলেরিয়াক্রান্ত লসিকা গ্রন্থি, বীজাণুদুষ্ট ও যক্ষ্মাক্রান্ত অ্যাডিনয়েড[1] প্রদাহ, শ্যাংক্রয়েড, গনোরিয়া এবং সিফিলিস প্রসূত বাগী, প্লেগ ঘটিত বাগী, ইঁদুরের কামড় ও বিড়ালের আঁচড় ঘটিত জ্বর এবং টুলারেমিয়ার (প্লেগের অনুরূপ) সঙ্গেও পার্থক্য নির্ণয়ের প্রয়োজন হতে পারে। অবাঞ্ছিত নারীসঙ্গমের ইতিহাস এ-ব্যাপারে সাহায্য করবে। ফ্রে (Frei) উদ্ভাবিত পরীক্ষা থেকে তার সমর্থন পাওয়া যায়। এই পরীক্ষায় রোগীর দেহ থেকে সংগৃহীত পুঁজ লঘুকৃত এবং পরিস্রাবিত করে সেই পুঁজ ত্বকের মধ্যে ইনজেকসন করা হয়; বিকল্পে নেংটি ইঁদুরের মস্তিষ্ক-ভাইরাসও ব্যবহার করা যায়। যেখানে ইনজেকসন দেওয়া হল 48 ঘন্টার মধ্যে সেখানে যদি 7·5-20 মিলিমিটার ব্যাসের রক্তিমাভ ফুসকুড়ি দেখা দেয় সেটি সংক্রমিত বাগীর উপস্থিতি প্রমাণ করে।

পূ র্বা ভা সঃ ব্যাধিটি সাধারণত প্রাণঘাতী নয়। তবে কুঁচকিতে গ্ল্যাণ্ড ফুলে উঠলে, নালী-ঘা বা ক্ষত সৃষ্টি হলে নিরাময় হতে 18 মাস লেগে যেতে পারে।

চি কি ৎ সাঃ রোগীকে শয্যাশায়ী রেখে 6 ঘন্টা অন্তর 0·5 গ্রাম মাত্রায় ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন কিংবা ক্লোরামফেনিকল প্রয়োগ করতে হয় 10 দিন।

1. Adenoid-গ্ল্যাণ্ডের অনুরূপ গ্রন্থিচিহ্ন

কখনো কখনো সালফোনামাইডেও সুফল দেয়। বীজবারক অবস্থায় পুঁজ চোষণ দ্বারা বের করে ফেলতে হবে; তার জন্যে সিরিঞ্জের ছুঁচটি বাগী থেকে একটু দূরে সুস্থ ত্বকের মধ্য দিয়ে প্রবেশ করানো উচিত। গ্ল্যাণ্ড চিরে দেওয়া বাঞ্ছনীয় নয়।

§ 583. VII. **শ্যাংক্রয়েড** হল ডুক্রে (Ducrey) বর্ণিত এক প্রজাতির ব্যাসিলাস প্রসূত যৌনব্যাধি যাতে কুঁচকির অ্যাডিনয়েডগুলিতে প্রদাহ এবং পুঁজ সৃষ্টি হয়। মূলত গ্রীষ্মপ্রধান অঞ্চলের ব্যাধি হলেও বর্তমানে এই রোগ ব্রিটেন সহ পৃথিবীর প্রায় সর্বত্রই দেখা যাচ্ছে।

ল ক্ষ ণ: 3-5 দিন উপ্তিকালের পর যৌনাঙ্গের উপর একটি বেদনাদায়ক রক্তিম ফুসকুড়ি দেখা দেয়; অচিরে সেটি পুঁজযুক্ত হয়ে বেদনাদায়ক ক্ষতের রূপ নিয়ে থাকে, কিন্তু শক্ত হয়ে ওঠেনা। এরকম একাধিক ক্ষত হতে পারে। কুঁচকির গ্ল্যাণ্ডগুলি ফুলে ওঠে, টিপলে বেদনাবোধ হয়, সেগুলিতে পুঁজ ও ক্ষত সৃষ্টি হতে পারে, লসিকানালীর বেদনাদায়ক প্রদাহ হতে পারে।

রো গ নি র্ণ য়ে র সঙ্কেত হল ঘন ঘন একাধিক ক্ষতের উদ্ভব এবং ফুসকুড়িগুলি শক্ত না হওয়া। পুঁজের প্রলেপে কিংবা বীজাণুবর্ধক কালচারে ডুক্রে-ব্যাসিলাসের উপস্থিতি রোগ নির্ণয়কে সমর্থন করবে; তবে একই সঙ্গে ট্রিপোনিমা প্যালিডামও পাওয়া যায় কি না অন্ধকার ক্ষেত্রালোকে (dark ground illumination) খুঁজে দেখা উচিত।

চি কি ৎ সা করা হয় সালফোনামাইডের সাহায্যে। মাত্রা—প্রতিদিন 5·0 গ্রাম হিসাবে 10 দিন। সালফোনামাইডে যাঁদের অ্যালার্জি আছে তাঁদের ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন কিংবা ক্লোরামফেনিকল দেওয়া যায়—দৈনিক 0·5 গ্রাম মাত্রায় দিনে 3 বার, 7 দিন। এই চিকিৎসায় 7-10 দিনের মধ্যে ক্ষত শুকিয়ে যায়; কিন্তু রোগীকে পর্যবেক্ষণে রাখা উচিত এবং পরবর্তী 6 মাস যাবৎ সিফিলিসের রক্ত পরীক্ষা করাও দরকার।

VIII. অধিকাংশ তীব্র নির্দিষ্ট ধরনের জ্বরে—যেমন সিফিলিসে সর্বাঙ্গের গ্ল্যাণ্ডগুলি সামান্য স্ফীত হয়ে থাকে। হুপিংকাশিতে ছাড়াছাড়াভাবে এখানে-ওখানে গ্ল্যাণ্ডস্ফীতি অ-সাধারণ নয়। যে-সব জ্বরে স্থানীয় প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি হয়ে থাকে (যেমন স্কারলেট ফিভারে ও ডিপথিরিয়ায় গলা আক্রান্ত

হয়) সে রকম ক্ষেত্রে প্রথমত এবং প্রধানত স্ফীত হয় সন্নিহিত গ্ল্যাণ্ডগুলি। জার্মান হামে বিশেষ করে বড় হয় মস্তিষ্কের সম্মুখাংশের গ্ল্যাণ্ড। বাগীবিশিষ্ট প্লেগে গ্ল্যাণ্ডগুলি প্রচণ্ড স্ফীত হয়ে ওঠে; মৃদু রোগে সে-স্ফীতি সামান্য এবং সঙ্গে জ্বরও থাকে (pestis minor)। বিশেষ করে শিশুদের বাতকল্প সন্ধি প্রদাহের সঙ্গে বিভিন্ন গ্ল্যাণ্ড এবং প্লীহাও বড় হয়।

IX. লিউকিমিয়ায় সর্বাঙ্গের গ্লাণ্ডগুলি বড় হয়ে ওঠে, রক্ত পরীক্ষার ছবিটিও বৈশিষ্ট্যপূর্ণ।

§ 584. X. **হজকিন বর্ণিত ব্যাধি** (প্রতিশব্দ: লিমফ্ অ্যাডিনোমা):

এ-রোগের বৈশিষ্ট্য হল লসিকা গ্রন্থিগুলির ক্রমবৃদ্ধি, প্লীহা বড় হওয়া এবং পরবর্তী কালে রক্তের অন্য কোন গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন ছাড়াই ক্রমবর্ধমান অ্যানিমিয়া।

লক্ষণ: (1) লসিকা গ্রন্থিগুলি স্ফীত হয়ে ওঠে। প্রায়ই প্রথমে বড় হয় গ্রীবাদেশীয় গ্রন্থি; আবার কোন কোন ক্ষেত্রে মেডিয়ষ্টাইনামে, উদরদেশে অথবা কুঁচকির গ্রন্থিগুলি প্রথমে আক্রান্ত হতে পারে। সূচনায় তাদের আকারে তারতম্য হলেও এবং কিছুদিনের জন্যে এমনকি অদৃশ্য হয়ে গেলেও শেষ পর্যন্ত অন্যান্য গ্ল্যাণ্ড আক্রান্ত হয়ে ব্যাপক গ্রন্থিস্ফীতির উদ্ভব হয়। সময় সময় সেগুলি বেদনাদায়ক, পরস্পরের উপর এবং সন্নিহিত দেহাংশের উপর নড়ানো যায়, গঠন রবারের মত; ভঙ্গুরপ্রবণ নয়। (2) মেডিয়ষ্টাইনাম ও মেসেণ্টারীর গ্ল্যাণ্ডগুলি বড় হলে বক্ষ ও উদরদেশের বিভিন্ন শিরা, ট্রেকিয়া, ব্রঙ্কাস ও ইসোফেগাস ইত্যাদির মত গুরুত্বপূর্ণ দেহযন্ত্রের উপর চাপ সৃষ্টি করে এবং ফলে বিশেষ ধরনের লক্ষণ প্রকাশ পেতে পারে (3) ব্রঙ্কাসের চতুর্দিকস্থ গ্ল্যাণ্ডগুলি আক্রান্ত হলে মেডিয়ষ্টাইনামের টিউমারের মত লক্ষণ ও নিদর্শন দেখা দেয়। (4) প্লীহা বড় হয় পরে; সময় সময় খুব বড় হয়। (5) জ্বর হয়—কখনো অনিয়মিত, কখনো তরঙ্গায়িত; তরঙ্গ ওঠে 7-10 দিন থেকে এক মাস অন্তর। লসিকা-টিস্যুর টিউমারে (lymphadenoma) এই ধরনের তরঙ্গায়িত জ্বরকে বলা হয় পেল-এবস্টিন (Pel-Ebstein) বর্ণিত উপব্যাধি, যা করানুভূতিতে গ্ল্যাণ্ডগুলি অনুভব করার কয়েক মাস আগে থেকেই চলতে পারে। (6) প্রথম দিকে অ্যানিমিয়া থাকে সামান্য, পরে বৃদ্ধি পায়। অ্যানিমিয়া ছাড়া রক্তের আর কোন পরিবর্তন হয় না, যদিও

প্রায়ই পলিমরফো-কোষগুলির সংখ্যাবৃদ্ধি ঘটে এবং শতকরা 15টি ক্ষেত্রে ইয়োসিনোফিলও বৃদ্ধি পায়। (7) সর্বাঙ্গ চুলকায়, সময় সময় প্রচণ্ড চুলকায়। হারপিস জস্টার সহ নানারকম স্ফোটকোদ্গমও হয়ে থাকে। (8) ত্বক ব্রোঞ্জবর্ণ হতে পারে। (9) সুষুম্নাকাণ্ডে কোষ অবক্ষেপের (deposits) ফলে সেখানে চাপ সৃষ্টি হয়। (10) অস্থিতে কোষ অবক্ষেপের কারণে বিশেষ করে মেরুদণ্ডের কটিদেশীয় অংশে ব্যথা চলতেই থাকে। (11) আগে অথবা পরে লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার খুব বেড়ে যায়।

রো গ নি র্ণ য়: অন্যান্য যে-সব কারণে লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হয় তাদের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা আবশ্যিক। লিমফ্যাটিক লিউকিমিয়ায় রক্তের যে পরিবর্তন ঘটে এক্ষেত্রে তা অনুপস্থিত। গ্ল্যাণ্ড ঘটিত জ্বর, সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়, রুবেলা, ম্যালিগন্যাণ্ট্ ব্যাধির আনুষঙ্গিক কোষ অবক্ষেপ ইত্যাদির সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা যায় স্ফীত গ্ল্যাণ্ডগুলির অবস্থান, রোগের অগ্রগতি এবং অন্যান্য প্রমাণের অনুপস্থিতি থেকে। কখনো কখনো হজকিন বর্ণিত ব্যাধিতে শুধু একটি দলভুক্ত গ্ল্যাণ্ডগুলি আক্রান্ত হলে লিমফো-সারকোমা কিংবা গ্ল্যাণ্ডের টিউবারকুলোসিসের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা বেশ দুরূহ হয়ে পড়ে; সেরকম ক্ষেত্রে স্থানীয়ভাবে অসাড়তা সৃষ্টি করে গ্রন্থি কেটে কোষ ও টিস্যু চরিত্র পরীক্ষা করা দরকার। মারভিন গর্ডন (Mervyn Gordon) এক ধরনের জৈব পরীক্ষার প্রবর্তন করেছেন: টাটকা কাটা গ্রন্থির অবদ্রব (emulsion) খরগোসের গুরুমস্তিষ্কের মধ্যে ইনজেকসন করলে মস্তিষ্ক-প্রদাহের সঙ্গে পেশী সঞ্চালনে সমন্বয়হীনতা, পিছনের পাদুটিতে পক্ষাঘাত এবং যে সর্বাঙ্গীণ আক্ষেপ ঘটে তা প্রাণান্তক হতে পারে। স্বাভাবিক অস্থি মজ্জায় এবং প্লীহাতেও এই ধরনের মস্তিষ্ক-প্রদাহ সৃষ্টিকারী পদার্থ উপস্থিত থাকে; কেউ কেউ মনে করেন এটি ইয়োসিনোফিলের প্রতিক্রিয়া।

উ ৎ প ত্তি: মহিলাদের তুলনায় পুরুষরা বেশি আক্রান্ত হন—সাধারণত মধ্যবয়সে। কারণ সম্পর্কে আজও কোন সিদ্ধান্তে পৌছানো যায়নি। অনেকগুলি বৈশিষ্ট্য নতুন অঙ্গবৃদ্ধির মত, আবার কতকগুলি সংক্রমণ সদৃশ। মারভিন গর্ডন বলেছেন, এর সম্ভাব্য কারণ কিছু "মৌল পদার্থ"। গ্রন্থিটিস্যুতে যে পরিবর্তন ঘটে তা দানাদার প্রকৃতির, যার ফলে লসিকাতন্ত্রের কায়বৃদ্ধি ঘটে, আক্রান্ত হয় দেহের প্রায় সব উপাঙ্গ। শব-

ব্যবচ্ছেদে দেখা যায় লসিকাগ্রন্থিগুলি, প্লীহা ও লিভার বড় হয়েছে, কিন্তু পরিবর্তন ঘটেছে দেহের প্রায় সমস্ত উপাঙ্গে, এমনকি অস্থি এবং অস্থি-সন্ধিতেও।

পূর্বাভাস অশুভ। রোগী ক্রমেই আরও বেশি দুর্বল, আরও অ্যানিমিয়াগ্রস্ত হয়ে পড়েন এবং গুরুত্বপূর্ণ দেহাংশের উপর স্ফীত গ্রন্থির চাপের ফলে মৃত্যু ত্বরান্বিত হতে পারে। রোগ দীর্ঘস্থায়ী হলে রোগী দশ বছরও বাঁচতে পারেন। যাঁদের জ্বর হয় তাঁরা এক বছরের মধ্যেই প্রাণ হারান।

চিকিৎসা: একটি এলাকায় ক্ষুদ্র এক গ্ল্যাণ্ডগোষ্ঠি আক্রান্ত হলে সেগুলিকে কেটে সম্পূর্ণ বাদ দেওয়ার পর রশ্মি-চিকিৎসাই সবচেয়ে ভাল। ব্যাপকতর আক্রমণে গভীর-রশ্মি-চিকিৎসা শ্রেয়স্কর। কেউ কেউ এর সঙ্গে নির্দিষ্ট ধরনের কোষধ্বংসী পদার্থ—বিশেষ করে মাস্টিন[1] হাইড্রোক্লোর-এর মত নাইট্রোজেন মাষ্টার্ড ব্যবহার করার পক্ষপাতী; দেওয়া হয় শিরাপথে প্রতি কেজি ওজনে 0·1 মিলিগ্রাম মাত্রায় সপ্তাহে 2 দিন; প্রতি দফায় মোট মাত্রা প্রতি কেজিতে 0·6 মিলিগ্রামের বেশি যেন না হয়। এছাড়া অ্যানিমিয়া কমানো এবং সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি ও শক্তি বর্ধনের জন্যে যা কিছু করণীয় তা করতে হবে। দুর্ভাগ্যবশত আগে অথবা পরে সব চিকিৎসাই প্রতিরোধক হয়ে পড়ে।

§ **584 (a)** এর পর অস্থিসন্ধি, পেশী, অস্থি, রক্তনালী ও স্নায়ুগুলি এবং সর্বাঙ্গীণ লক্ষণসমূহ পরীক্ষা করা দরকার।

অস্থিসন্ধিতে ব্যথা, টিপলে বেদনাবোধ, তাপ, স্ফীতি ও রক্তিমাভা আছে কি না, সন্ধিটির স্বাভাবিক ক্রিয়াকলাপ ব্যাহত হয়েছে কি না অথবা কতটা সচল আছে সে-সম্পর্কে অনুসন্ধান করার প্রয়োজন হতে পারে। আক্রান্ত এবং অনাক্রান্ত উভয়দিকেরই তুলনামূলক পরীক্ষা করা উচিত। সন্ধিতে সামান্য জল জমা নির্ণয় করা অনেক সময় দুরূহ হতে পারে। খুব সতর্কতার সঙ্গে সক্রিয় সঞ্চালনের (রোগী নিজে যা করতে পারেন) সঙ্গে অক্রিয় সঞ্চালনের (চিকিৎসক যখন সঞ্চালন করান) তুলনামূলক পরীক্ষা করতে হবে। ভ্রান্তি সম্ভাবনা হিসাবে পক্ষাঘাত কিংবা পেশীর

---

1. **Mustine**

দুর্বলতাকে দীর্ঘস্থায়ী সন্ধির ব্যাধি মনে হতে পারে; অথবা বিপরীত সিদ্ধান্তও সম্ভব। তেমনি নানা কারণ বশত হাতে-পায়ে ব্যথা হলে মনে হয় যেন সন্ধি অনড় হয়ে গিয়েছে। অস্থিসন্ধির সন্নিহিত ব্যাধি অনেক সময় সন্ধির ব্যাধি বলে ভুল হতে পারে। ব্যথা অন্যত্র আরোপিত হওয়াও সম্ভব —যেমন নিতম্বসন্ধির ব্যাধি প্রায়ই অনুভূত হয় জানুতে। স্নায়ু-প্রদাহ হলে সেই স্নায়ু যে সন্ধিতে ঘাত বা তাড়না সরবরাহ করে সেখানে ব্যথা পরিবাহিত হয়। এক্স্-রে করলে রোগ নির্ণয় সহজ হবে। তীব্র অস্থি-সন্ধির ব্যাধিকে যেন অস্থির মুক্ত-প্রান্তের প্রদাহ অথবা অষ্টিয়োমায়েলাইটিস বলে ভুল করা না হয়। আনুষঙ্গিক লক্ষণের উপস্থিতি রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে—যেমন টোফি থাকলে গেঁটেবাত (গাউট) সন্দেহ করতে হবে, ত্বকের নিচে গুটি রিউম্যাটিজ্‌ম্ বা বাতের ইঙ্গিত।

পে শী পরীক্ষা করে দেখতে হবে টিপলে বেদনাবোধ, অনড় হয়ে যাওয়া, স্ফীতি বা ক্ষয়িষ্ণুতা আছে কি না। পক্ষাঘাত, অবিরাম কিংবা সবিরাম আক্ষেপ এবং ক্ষয়িষ্ণুতা সম্পর্কিত পরীক্ষা পদ্ধতি উনবিংশ অধ্যায়ে স্নায়ুতন্ত্রের ব্যাধি প্রসঙ্গে বর্ণনা করা হয়েছে। বর্তমান আলোচনাকে শুধু পেশী এবং পেশীর আবরণী ফ্যাসাতে (§ 604) স্থানীয়ভাবে ব্যথা, টিপলে বেদনাবোধ এবং স্ফীতি সম্পর্কে সীমাবদ্ধ রাখা হচ্ছে। এইসব স্থানীয় সাধারণ লক্ষণের উপস্থিতি পেশীর ব্যাধির সঙ্গে পক্ষাঘাত এবং স্নায়ুতন্ত্রের অন্যান্য ব্যাধির পার্থক্য নির্ধারণে সাহায্য করবে। তবে ব্যাধি যে অস্থি কিংবা লিগামেন্টে (অস্থিবন্ধনী) নয় এ-সিদ্ধান্ত করা দুষ্কর; যদি পেশীর ব্যাধি হয় সেক্ষেত্রে আক্রান্ত পেশীটির অক্রিয়ের চেয়ে সক্রিয় সঞ্চালনে অনেক বেশি ব্যথা হয়। লিগামেন্ট অথবা সন্ধির ব্যাধিতেও ব্যথা হয় একই ধরনের।

অ স্থি ব্যাধিগ্রস্ত হলে তার প্রমাণ পাওয়া যায় ব্যথা, টিপলে বেদনাবোধ, স্ফীতি অথবা বিকৃতি থেকে। অনেক সময় লক্ষণ হিসাবে যখন শুধু ব্যথা হচ্ছে সেই সময় চিকিৎসকের পরামর্শ চাওয়া হয় বলে রোগ নির্ণয়ে যথেষ্ট অসুবিধা ঘটে। এরকম ক্ষেত্রে এক্স্-রে ছবি খুবই মূল্যবান।

অ স্থি সং শ্লি ষ্ট স্ফী তি নির্ণয় করার সময় নিম্নোক্ত তথ্যগুলি মনে রাখা ভাল: (i) তীব্র লক্ষণ প্রকাশ পায় আঘাতে, পেরিয়ষ্টিয়াম-প্রদাহে এবং অষ্টিয়োমায়েলাইটিসে; (ii) মন্থর এবং দীর্ঘস্থায়ী লক্ষণ দেখা দেয় ক্ষয় (caries), ক্ষয় ও পচন (necrosis), দীর্ঘস্থায়ী পেরিয়ষ্টিয়াম-প্রদাহ ও

অস্থির প্রদাহ, রিকেট, সিফিলিস এবং টিউমার হলে। (iii) কায়িক নিদর্শন হিসাবে দীর্ঘাস্থিকাণ্ড (diaphysis) আক্রান্ত হয় দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহে এবং সারকোমেটা ও অন্যান্য টিউমারে, আর অস্থির মুক্তপ্রান্ত (epiphysis) ব্যাধিগ্রস্ত হয় রিকেটে, সিফিলিসে এবং কেন্দ্রীয় সারকোমায়। (iv) পুঁজযুক্ত প্রদাহে এবং রক্তনালীর সারকোমেটায় স্ফীতিটি হয় নরম, দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহে হয় শক্ত। (v) প্রদাহে এবং ম্যালিগন্যান্ট্ টিউমারে স্ফীতির বৃদ্ধির হার ক্রমেই প্রসারিত হয়, অপরদিকে দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহে ও নিরীহ টিউমারে তা মন্থর অথবা স্থির ; প্রদাহের স্ফীতি কমে যায়।

র ক্ত না লী ও স্না য়ু পরীক্ষা করা দরকার যখন ইরিথ্রোমেলালজিয়া* এবং গ্রুপ I-এর অন্তর্ভুক্ত অন্যান্য কারণে সেগুলি ব্যাধিগ্রস্ত হওয়ার লক্ষণ প্রকাশ পায়। এদের উপর চাপ পড়লে বেদনাবোধ জাগে এবং তা থেকে বোঝা যায় যে প্রদাহ ঘটেছে। প্রান্তীয় স্নায়ু-প্রদাহ সম্পর্কে § 974 ও তৎপরবর্তী অনুঅধ্যায়গুলি দ্রষ্টব্য। শিরার থ্রম্বোসিস আলোচিত হয়েছে § 580 অনুঅধ্যায়ে। ধমনীর মধ্যে রক্তপিণ্ডের দ্বারা ব্যাহত রক্তস্রোত (embolism) § 99 ও § 587 অনুঅধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে। ধমনীর চতুর্দিকে প্রদাহ সম্পর্কে বর্ণনা করা হয়েছে § 98 অনুঅধ্যায়ে।

আ ভ্য ন্ত রী ণ উ পা ঙ্গ গু লি পরীক্ষা করা উচিত বিশেষ করে যখন অস্থিসন্ধির কোন তীব্র ব্যাধি উপস্থিত থাকে। এই ধরনের ব্যাধি সব সময়ই কোন তন্ত্রের বিশৃঙ্খলা প্রসূত। যেমন বাত বা রিউম্যাটিজ্মে পরীক্ষা করা উচিত হৃৎপিণ্ড, গেঁটেবাতে (গাউটে) কিডনী এবং প্রস্রাব।

জ্ব র এ বং স র্বা ঙ্গী ণ ল ক্ষ ণ : প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের বহু ব্যাধিতে, বিশেষ করে সন্ধি ও অস্থির তীব্র ব্যাধিতে জ্বর ও সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ উপস্থিত থাকে। পঞ্চদশ অধ্যায়ে বর্ণিত পদ্ধতিতে সে-সম্পর্কে অনুসন্ধান করা যেতে পারে। কাঁপুনি এবং স্বেদ ক্ষরণ পুঁজ সৃষ্টিকারী প্রক্রিয়ার সঙ্কেত। বেশ কিছু ব্যাধিতে, বিশেষত গ্ল্যাণ্ড ঘটিত ও বীজাণুদূষণ জনিত অবস্থায় রক্তের বৈশিষ্ট্যপূর্ণ পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়।

মা ন সি ক অ ব স্থা সম্পর্কে অনুসন্ধান করা উচিত যখন অঙ্গীয় কোন ব্যাধি-নিদর্শন পাওয়া যাচ্ছেনা অথবা যখন মানসিক লক্ষণগুলি ব্যাধি-লক্ষণের চেয়ে ঢের বেশি প্রকট।

---

* **Erythromelalgia**—কোন প্রত্যঙ্গে স্নায়ু-প্রদাহ সহ ত্বকের বেদনাদায়ক রক্তিমাভা

C বিভাগঃ প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের ব্যাধি নির্ণয়, তাদের পূর্বাভাস ও চিকিৎসাঃ

নিয়মমাফিক পরীক্ষা ও শ্রেণীবিন্যাসঃ

প্রথম বিচার্য হল প্রধান লক্ষণ যা রোগী এবং চিকিৎসক উভয়েই দেখতে পান, করানুভূতিতে উপলব্ধি করতে পারেন।

দ্বিতীয়ত রোগের ইতিহাস, কিভাবে সূত্রপাত হয়েছে (তীব্র না দীর্ঘস্থায়ী) তার ক্রমানুসারী অগ্রগতি।

তৃতীয়ত পরীক্ষা করতে হবে প্রত্যঙ্গটি অথবা একাধিক প্রত্যঙ্গ—ত্বকের রং ও বর্ণবৈচিত্র্য, অস্থিসন্ধি, পেশী, অস্থি, রক্তনালী ও স্নায়ু। সবশেষে পরীক্ষা করতে হবে আভ্যন্তরীণ উপাঙ্গগুলি এবং দৈহিক উষ্ণতা। স্নায়বিক ব্যাধি সন্দেহ হলে প্রত্যঙ্গটির সঞ্চালন, প্রতিবর্ত ক্রিয়া এবং বোধশক্তি পরীক্ষা করা দরকার। প্রায়ই এক্স্-রে পরীক্ষাও অপরিহার্য।

হাতের এবং প্রত্যঙ্গটির রঙে কোন অস্বাভাবিকতা লক্ষ্য করলে নিম্নবর্ণিত গ্রুপ I পড়তে হবে।

লক্ষণগুলি যদি তীব্র অথবা দীর্ঘস্থায়ী সন্ধিব্যাধি বলে মনে হয়, পড়তে হবে গ্রুপ II § 592 (তীব্র) অথবা § 596 (দীর্ঘস্থায়ী)।

পেশীর ব্যাধি সংক্রান্ত লক্ষণ (বিরল) দেখলে § 604 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

অস্থির ব্যাধিতে পড়তে হবে § 607 অনুঅধ্যায়।

স্নায়ুতন্ত্রের ব্যাধি সন্দেহ হলে § 790 অনুঅধ্যায় অনুশীলন করতে হবে।

গ্রুপ I প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গে রঙের পরিবর্তন

নিম্নোক্ত অবস্থাগুলি এই গ্রুপের অন্তর্ভুক্ত। অন্য যে-সব কারণে রং ও বর্ণবৈচিত্র্যের পরিবর্তন ঘটে—যেমন এক প্রত্যঙ্গের শোথ, স্থূলাগ্র আঙ্গুল এবং কুঞ্চিত শিরা আলোচনা করা হয়েছে § 578 থেকে § 580 অনুঅধ্যায়ে। রঞ্জক পদার্থের তারতম্য সম্পর্কে § 754 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

I নীলাভ ত্বক (§ 585)
II সবিরাম (মাঝে মাঝে) খঞ্জতা (§ 586)
III গ্যাংগ্রিন (§ 587)
IV পরিখা-পা ও তুষার পীড়া (§ 588)
V রেনড বর্ণিত ব্যাধি ও "মৃত" হাত (§ 589)

VI ইরিথ্রোমেলালজিয়া[1], অপুষ্টি জনিত ইরিথ্রোমেলালজিয়া এবং হাত-পায়ের ত্বক কাঠিন্য (Acroteric scleroderma)

VII ফিকে লাল ব্যাধি (pink disease)

হাত এবং / অথবা পা সর্বত্র সমভাবে বেগনি-লাল রং নেয়; প্রায়ই বিশেষত শীতল আবহাওয়ায় ঠাণ্ডা হয়ে যায়। অবস্থাটি প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের নীলাভ-ত্বক (cyanosis)।

§ 585. I. হাত-পা নীলাভ হওয়া :

হাত-পা নীল কিংবা রক্তিমাভ হয়ে যায় রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনা সংক্রান্ত কারণে—বৃদ্ধ বয়সে ধমনীগুলি সঙ্কীর্ণ হয়ে যাওয়া অথবা লোহিত কণিকাদের অস্বাভাবিক সংখ্যাবৃদ্ধির জন্যে। শৈশবের পক্ষাঘাতে রক্ত সঞ্চালন ব্যাহত হওয়ার ফলে আক্রান্ত প্রত্যঙ্গটি নীল হয়ে যায়। হাত-পায়ের নীলাভ ত্বকে (acrocyanosis) সবকটি আঙ্গুল, দুই হাত ও মণিবন্ধ, এমনকি পুরোবাহু ঠাণ্ডা ও নীল হয়ে ফুলে ওঠে। শীতল আবহাওয়ায় অবস্থার আরও অবনতি ঘটে, কিন্তু ইরিথ্রোমেলালজিয়ার মত ব্যথা হয়না। পায়ের পাতা আক্রান্ত হয় কম এবং অধিকাংশ ক্ষেত্রে রোগটি হয় তরুণী মেয়েদের। ইরিথ্রোসায়ানোসিস ক্রুরাম পুয়েলেরাম (Erythrocyanosis Crurum Puellarum) প্রায় একই রকম অবস্থা যাতে ছোট মেয়েদের জঙ্ঘা[2] ও গুল্‌ফ্‌-সন্ধি আক্রান্ত হয়ে থাকে (§ 627)। পায়ের পাতা সাধারণত নিষ্কৃতি পেয়ে গেলেও প্রায়ই তুষার-প্রদাহের উদ্ভব হয় (chilblain), গোড়ালি ফুলে ওঠে। কখনো কখনো ত্বকের নীলাভা উরু পর্যন্ত বিস্তৃত হয়ে থাকে এবং জঙ্ঘার ত্বকে পুষ্টির অভাবে ক্ষত সৃষ্টি হতে পারে। বেজিন (Bazin) বর্ণিত ব্যাধি একটি স্বতন্ত্র অবস্থা (§ 707) হলেও নীলাভ পায়ের সঙ্গে একই সঙ্গে উপস্থিত থাকতে পারে। এই রোগাক্রান্তরা সাধারণত সবল কিন্তু শ্রমবিমুখ; কারও কারও থাকে থাইরয়েডের ঘাটতি। চিকিৎসা হিসাবে গরম অন্তর্বাস, পশমের মোজা ও বুট পরতে হবে। ঘরের বাইরে ব্যায়াম করা একান্ত প্রয়োজন। অল্প মাত্রায় থাইরয়েডের সঙ্গে নিয়মিত প্রাতঃরাশের আগে দুটি করে ক্যালসিয়াম ও ভিটামিন-D ট্যাবলেট খেতে দেওয়া উচিত।

---

1. **Erythromelalgia**—স্নায়ুপ্রদাহে হাতে-পায়ে জ্বালাকর বেদনা সহ রক্তিমাভা
2. জঙ্ঘা—হাঁটু থেকে গোড়ালি

সাধারণত পঞ্চাশোর্ধ্ব কোন মানুষ কয়েকশ' গজ হাঁটার পর এক বা দুই পায়ের গুলে (calf) টান ধরার অভিযোগ করেন; বিশ্রাম নিলে ব্যথা কমে যায়। অবস্থাটি সম্ভবত সবিরাম খঞ্জতা।

§ 586. II. **সবিরাম খঞ্জতা** (claudication) পায়ের পেশীর এমন এক বেদনাদায়ক অবস্থা যার কারণ পরিশ্রমের চাহিদা অনুপাতে রক্ত সরবরাহের ঘাটতি। এ-রোগের দু-রকম প্রকৃতি: (A) ধমনীকাঠিন্য প্রকৃতি সাধারণত দেখা যায় শেষ বয়সে, কিন্তু (B) রক্তনালীর আভ্যন্তরীণ গাত্রের প্রদাহ, রক্ত তঞ্চন ও গ্যাংগ্রিন অল্পবয়সীদের এক ধরনের বিরল অবস্থা।

(A) ধমনীকাঠিন্যের ফলে পায়ের প্রধান ধমনীগুলি, বিশেষ করে ফিমর‍্যাল ও পপলিটিয়াল রক্তনালীগুলি শক্ত ও সঙ্কীর্ণ হয়ে যায়; পরে এক বা উভয় দিকে থ্রম্বোসিসের কারণে তাদের ছিদ্র বন্ধ হয়ে যাওয়া সাধারণ ঘটনা। মহিলাদের তুলনায় বেশি আক্রান্ত হন পুরুষরা।

লক্ষণ: এ-ব্যাধির তিনটি পর্যায় চিহ্নিত করা হয়েছে: (1) কিছুদূর হাঁটার পর—বিশেষ করে পাহাড়ে ওঠার পর এক কিংবা দুই পায়ের গুলে টানধরা ব্যথা অনুভূত হয়, কিন্তু হাঁটার গতি কমিয়ে দিলে সে-ব্যথা ধীরে ধীরে কমে যায়। (2) পরবর্তীকালে ব্যথার উগ্রতা বৃদ্ধি পাওয়ার জন্যে রোগী থেমে যেতে বাধ্য হন; এর পর ব্যথা আর থাকে না, কিন্তু আবার অতটা হাঁটলে আবার ব্যথা করে। পাদুটি দুর্বল, ঠাণ্ডা এবং অসাড় মনে হয়। বিশেষ করে পায়ের পিছনে পপলিটিয়াল ধমনীতে এবং পশ্চাৎদেশীয় টিবিয়াল ধমনীতে স্পন্দন যথেষ্ট ক্ষীণ হয়ে আসে এবং শেষ পর্যন্ত রক্তপিণ্ড (থ্রম্বাস) সৃষ্টি হলে অদৃশ্য হয়ে যায়। এই পর্যায়ে রোগী যদি কৌচে শুয়ে পাদুটি উঁচু করেন, পায়ের পাতা মৃতের মত সাদা দেখায়; পরিবর্তে তিনি যদি উঠে দাঁড়ান তবে প্রচণ্ড রক্তোচ্ছাসের কারণে ত্বক বেগনী বর্ণ ধারণ করে। (3) তৃতীয় পর্যায়ে বিশ-ত্রিশ গজ হাঁটলেই ব্যথা অসহনীয় হয়ে ওঠে। রাতে শয্যায় শুয়ে থাকলেও ব্যথা হতে থাকে—শুধু পাদুটি খাটের পাশ দিয়ে ঝুলিয়ে দিলে কিংবা চেয়ারে বসে ঘুমালে উপশম হতে পারে। এর উপর গ্যাংগ্রিনের উদ্ভব হওয়াও সম্ভব। যেহেতু হাণ্টার

বর্ণিত নালায় ফিমর‍্যাল ধমনী এবং পপলিটিয়াল ধমনীর থ্রম্বো-সিসের জন্যেই এই অবস্থা, তাই ব্যথা সাধারণত জঙ্ঘার পেশী গুলিতে সীমাবদ্ধ থাকে। কিন্তু অ্যান্টিরিয়ার টিবিয়াল ধমনী অবরুদ্ধ হলে ব্যথা হয় টিবিয়ার সম্মুখস্থ পেশীগুলিতে। কখনো কখনো নিতম্বের ধমনীগুলি আক্রান্ত হলে ব্যথা হয় নিতম্বের বহির্দিকে। পায়ের পাতায় পুষ্টির ঘাটতির জন্যে আঙ্গুলে চর্বির পটিগুলি ক্ষয়প্রাপ্ত হয়, নখে পরিবর্তন ঘটে, সংক্রমণও সম্ভব।

(B) শিরা ও ধমনীর প্রদাহ জনিত পরিবর্তন (বার্জার বর্ণিত ব্যাধি) হল বিশেষ করে পায়ের বৃহৎ এবং মাঝারি আকারের ধমনীগুলির আভ্যন্তরীণ ও মধ্যস্তরের প্রদাহ-পীড়ার পরিণতি। পরিবর্তন ঘটে স্থানীয় ছোপ হিসাবে; সঙ্গে শিরাগুলিও আক্রান্ত হওয়ার কারণে উভয়ে জড়িত হয়ে যায়। ফলে ধমনী অবরুদ্ধ হওয়ার লক্ষণ প্রকাশ পায়। আক্রান্ত হয় 20-30 বছর বয়সীরা যাদের ধমনীকাঠিন্য খুবই বিরল। ইহুদি এবং রুশীয়দের প্রতি এই রোগের পক্ষপাত এখন আর বিশ্বাস করা হয়না।

লক্ষণ: ধমনীর অক্ষমতা ও অবরোধ জনিত লক্ষণ প্রকাশ পাওয়ার আগেই শিরায় থ্রম্বোসিসের ইতিহাস পাওয়া যায় অথবা একই সঙ্গে দুয়েরই আবির্ভাব ঘটে। পায়ে যেসব লক্ষণ ও নিদর্শন প্রকাশ পায় সেগুলি উপরে বর্ণিত ধমনীকাঠিন্যের (A) মতই। বাহুর রক্তনালী কিংবা করোনারী, মস্তিষ্ক ও উদরদেশের ধমনীগুলি ব্যাধিগ্রস্ত হলে তদনুরূপ লক্ষণ প্রকাশ পাবে। অল্পবয়সীদের পায়ের পাতায় কিংবা আঙ্গুলে গ্যাংগ্রিন দেখা দিলে অবধারিত-ভাবে তার কারণ বার্জার বর্ণিত ব্যাধি।

সাময়িক খঞ্জতা নির্ণয়: জঙ্ঘার গুলে বিশেষ ধরনের ব্যথা এবং পায়ের পাতায় ও আঙ্গুলে রঙের পরিবর্তন থেকে রোগ নির্ণয় সম্ভব। রোগী খুব স্থূলকায় না হলে জঙ্ঘা ও পায়ের পাতা গরম থাকা অবস্থায় ফিম-র‍্যাল, পপলিটিয়াল, পশ্চাৎদেশীয় টিবিয়াল এবং পায়ের পাতার ধমনীতে স্পন্দন অনুভব করার চেষ্টা করতে হবে; সময় সময় শেষোক্ত ধমনীতে স্পন্দন খুবই ক্ষীণ। সুতরাং স্পন্দনের অনুপস্থিতি রোগ নির্ণয়ের দিক থেকে গুরুত্বপূর্ণ এবং সেক্ষেত্রে কম্পন-মাপক যন্ত্রের (oscillometer) সাহায্যে তার সমর্থন নেওয়া যেতে পারে। কটি অথবা জানুসন্ধির প্রদাহ এবং ইলিয়ো-টিবিয়াল

পথে পেশী-আবরণী বা ক্যাসার প্রদাহের সঙ্গে এ-রোগের পার্থক্য নির্ণয়ের প্রয়োজন হতে পারে। ফিমর্যাল ধমনীতে অথবা অ্যায়োর্টার উদরদেশীয় অংশে ডায়োডেন ইনজেকসনের অব্যবহিত পরে দ্রুত ধারাবাহিক এক্স্-রে ছবি তুলে পরীক্ষা করলে সেই সব প্রধান ধমনীতে সঙ্কীর্ণতা অথবা অবরোধ ধরা পড়বে, সহযোগী রক্ত সঞ্চালনের ব্যাপ্তিও দেখা যাবে (চিত্র 170)।

উ ৎ প ত্তি : লক্ষণ উদ্ভবের কারণ হল শ্রমজাত ল্যাকটিক অ্যাসিড ও বিপাকক্রিয়া প্রসূত অন্যান্য পদার্থ সঞ্চয় এবং পেশীতে, বিশেষত গ্যাসট্রক-নিমাস ও সোলিয়াস পেশীতে অকসিজেনের ঘাটতি। যাঁরা ধমনীকাঠিন্যে আক্রান্ত তাঁদের ধমনীতে অন্যান্য ক্ষতিকর পরিবর্তনের—যেমন রক্তচাপ বৃদ্ধি, করোনারী ব্যাধি ইত্যাদির নিদর্শন পাওয়া যেতে পারে। ডায়াবিটিস থাকলে অবস্থার যথেষ্ট অবনতি ঘটে। যাঁরা ধূমপান করেন না, শিরা ও ধমনীর প্রদাহ তাঁদের মধ্যে কম।

পূ র্বা ভা স : ধমনীকাঠিন্যে সহযোগী রক্ত সঞ্চালন যে-হারে প্রতিষ্ঠিত হয়ে ঘাটতি পূরণ করে, লক্ষণগুলি তদনুসারে বছরখানেকের মধ্যেই ধীরে ধীরে অদৃশ্য হয়ে যায়। কিন্তু বার্জার বর্ণিত ব্যাধিতে অবস্থার ক্রমাবনতি ঘটতে থাকে এবং আগে কিংবা পরে এক বা দুখানি পা কেটে বাদ দেওয়া ছাড়া গত্যন্তর থাকেনা।

চি কি ৎ সা র লক্ষ্য থাকে পেশীর কার্যকলাপ কমিয়ে দেওয়া এবং ধমনীতে রক্ত সঞ্চালনের উন্নতি ঘটানো। হাঁটতে হবে ধীরে ধীরে, নরম মাটিতে, আরামদায়ক অবস্থায়; শক্ত মাটিতে নয়। জুতোর গোড়ালি রবারের প্যাড দিয়ে একটু উঁচু করে নিতে হবে। উভয় প্রকৃতির ব্যাধিতেই ধূমপান বর্জন করা এবং মেদবাহুল্য কমিয়ে আনা আবশ্যিক। শ্রোণীর নিম্নাংশে এবং উরুতে দীর্ঘকাল ধরে—6 থেকে 8 মাস যাবৎ হ্রস্ব তরঙ্গের বৈদ্যুতিক সন্তাপন প্রয়োগ নতুন রক্তনালী উদ্ভবে সাহায্য করে এবং কোন কোন ক্ষেত্রে তঞ্চনবিরোধী চিকিৎসাও নিঃসন্দেহে ফলপ্রসূ। ক্ষেত্রবিশেষে টোলাজিন[1] হাইড্রোক্লোর প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায় এবং অ্যাসপিরিন অথবা রাতে শয়নকালে গরম হুইস্কী রাত্রিকালীন ব্যথার উপশমে সাহায্য করে। অস্ত্রচিকিৎসা হিসাবে অল্প এবং মধ্যবয়সী রোগীদের সিমপ্যাথেটিক

1. Tolazine

স্নায়ুর কটিদেশীয় অংশ কেটে বাদ দেওয়া হয়। ফিমর‍্যাল, পপলিটিয়াল এবং সাবক্লেভিয়ান ধমনীতে অবরোধ ঘটলে স্বদেহস্থ ধমনীর অথবা প্লাষ্টিক পদার্থের সাহায্যে ধমনী জোড়া লাগানো যেতে পারে। ইনটারনাল ইলিয়াক ধমনীর অবরোধে ব্যাধিগ্রস্ত মধ্যস্তর কেটে বাদ দিলে অঙ্গচ্ছেদ করার প্রয়োজন হয়না।

হাতের বা পায়ের এক বা একাধিক আঙ্গুল শীতল, বেগনী-লাল বর্ণ এবং সম্ভবত কুঞ্চিত ; বিশেষ ধরনের গন্ধ ছাড়ে ; সমস্ত অনুভূতি বিলুপ্ত, কিন্তু সন্নিহিত জীবন্ত টিস্যুতে প্রচণ্ড ব্যথা করে ; প্রায়ই আনুষঙ্গিক সংক্রমণ ঘটে থাকে। অবস্থাটি গ্যাংগ্রিন।

§ **587. III.** **গ্যাংগ্রিন**-এর অর্থ টিস্যুর মৃত্যু এবং পচন (necrosis)। অবস্থাটি স্থানীয় হতে পারে (যার কারণ হয়তো শয্যাশায়ী রোগীর গোড়ালি বা গাঁটের (malleolus) উপর নিরন্তর চাপ), অথবা ব্যাপকতর এলাকায় বিস্তৃত হয়ে প্রত্যঙ্গটির প্রান্তদেশের মৃত্যু ঘটায়। হাত এবং বাহুর চেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় পায়ের পাতা এবং পা, যার আংশিক কারণ এখানে সহযোগী রক্ত সংবহন তুলনায় কম সক্রিয়। তিন ধরনের গ্যাংগ্রিন হতে পারে—যদিও প্রায়ই তাদের সম্মিলিত সমাবেশ ঘটে থাকে :

(a) শু ক নো গ্যাং গ্রি ন ই সবচেয়ে সাধারণ যার প্রায় অবধারিত কারণ হল কোন ধমনীর মধ্যে অবরোধ। প্রত্যঙ্গটি সাদা, ঠাণ্ডা এবং অসাড় হয়ে যায় ; অচিরে সেখানে ব্যথা হয়, রক্ত-রঞ্জকের দ্বারা রং পরিবর্তনের জন্যে কালচে দেখায় এবং এর পর তরল পদার্থ বাষ্পীভূত হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে কুঞ্চিত হয়ে যায়। ক্রমে আক্রান্ত অংশটি শুকিয়ে গিয়ে মমিতে পরিণত হয়। অবরোধ (থ্রম্বোসিস) ধীরে ধীরে উপর দিকে যত অগ্রসর হতে থাকে গ্যাংগ্রিনও প্রসার লাভ করে এবং শেষ পর্যন্ত যেখানে পর্যাপ্ত রক্ত সরবরাহ আছে সে-পর্যন্ত পৌঁছে তার সীমারেখা নির্ধারিত হয় (চিত্র 177. b)।

উ ৎ প ত্তি : সবচেয়ে সাধারণ প্রকৃতি হল বার্ধক্যে পায়ের ধমনীকাঠিন্য জনিত গ্যাংগ্রিন। রব (Rob) পায়ের পাতায় গ্যাংগ্রিনে আক্রান্ত যতগুলি রোগীর সমীক্ষা করেছিলেন তার শতকরা 86 জনের ছিল বার্ধক্য জনিত এবং 8 শতাংশ শিরা ও

ধমনীর প্রদাহ প্রসূত। অন্যান্য কারণ হল ধমনীর মধ্যে অকস্মাৎ তঞ্চিত রক্তপিণ্ডের উদ্ভব, কোন প্রধান ধমনীতে আঘাত, মনকেবার্গ (Monckeberg) বর্ণিত ধমনীকাঠিন্য ও ধমনীগ্রাত্রের মধ্যস্তরের ক্ষতি সাধন, রেনড (Raynaud) বর্ণিত ব্যাধি (সাধারণত আঙ্গুলে), শক্ত করে বাঁধা প্লাষ্টার, তুষার ক্ষত, আরগটের বিষ-ক্রিয়া এবং আকস্মিকভাবে ধমনীর মধ্যে সোডিয়াম থিয়োপেনটোন ইনজেকসন। হৃৎপিণ্ড দুর্বল থাকলে অবস্থার আরও অবনতি ঘটে। কোন ধমনীর মধ্যে অকস্মাৎ কোন অবরোধ সৃষ্টি হলে অবরোধের উপরের অংশে প্রতিবর্তী আক্ষেপ ঘটতে থাকে। তঞ্চিত পিণ্ডটি ধমনীর মধ্যে যেখানে অবস্থান করে সেখানে টিপলে বেদনাবোধ জাগে এবং তার নিচের অংশে স্পন্দন পাওয়া যায়।

(b) আর্দ্র গ্যাংগ্রিনের উদ্ভব হয় যখন দেহের কোন অংশ রক্তাধিক্যে স্ফীত হয়ে ওঠে এবং অবস্থার অবনতি ঘটে যদি থ্রম্বোসিস, চাপ, আঘাত কিংবা প্রদাহের ফলে ধমনীর সঙ্গে শিরাতেও অবরোধ ঘটে। এরকম আর্দ্র গ্যাংগ্রিন সাধারণত দেখা যায় ডায়াবিটিসে আক্রান্ত রোগীর পায়ের আঙ্গুলে বা পাতায়, কিংবা বৃদ্ধ বয়সে স্থানীয় আঘাত বা সংক্রমণ থেকে। আক্রান্ত দেহাংশ শীতল, বেগনী-লাল বা বিবর্ণ হয়ে যায়, এরপর উপরতলে ফোস্কা পড়ে এবং মৃত ও জীবন্ত টিস্যুর অন্তর্বর্তী স্থলে একটি স্পষ্ট লাল রেখার উদ্ভব হয়ে থাকে। শেষ পর্যন্ত মৃত অংশে চলটা (slough) পড়ে, সেটি উঠে গিয়ে ক্ষতের আবির্ভাব ঘটে।

চিকিৎসা: উপরে বর্ণিত উভয় প্রকৃতির গ্যাংগ্রিনেই আধুনিক চিকিৎসা পদ্ধতি প্রবর্তনের ফলে পূর্বাভাসের যথেষ্ট উন্নতি হয়েছে। কায়-চিকিৎসার অঙ্গ হিসাবে রোগীকে সোজা করে বিছানায় শুইয়ে রাখতে হবে; পা উঁচু করে রাখা উচিত নয় এবং আক্রান্ত অঙ্গের পুষ্টির প্রয়োজন কমিয়ে দেওয়ার জন্যে পাখার ঠাণ্ডা বাতাস চালানো অথবা চারিপাশে বরফ প্রয়োগ করা দরকার। সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণের উদ্দেশ্যে অ্যান্টিবায়োটিক এবং স্থানীয়ভাবে নির্বীজ 1·0 গ্রাম সালফোনামাইডের সঙ্গে পেনিসিলিন 1.000 ইউনিট মিশিয়ে প্রয়োগ করতে হবে। নিকোটিনিক অ্যাসিড (1-2 ঘণ্টা অন্তর 25 মিলিগ্রাম) এবং অ্যালকহল সেবনে ধমনিকাগুলি প্রসারিত হয়ে রক্ত সঞ্চালনে উন্নতি ঘটায়, আর তঞ্চনবিরোধী চিকিৎসায় (বিশেষত

শিরাপথে হেপারিন প্রয়োগে) তঞ্চিত রক্তপিণ্ড বিশ্লিষ্ট হয়ে যায়। বিশেষ করে বার্জার বর্ণিত ব্যাধিতে ধূমপান সম্পূর্ণ বর্জনীয়। অ স্ত্র চি কি ৎ সা হিসাবে সিমপ্যাথেটিক স্নায়ুর কটিদেশীয় অংশ (lumbur) কেটে দিলে ধমনীর অবরুদ্ধ অংশের চতুর্দিকে সহযোগী রক্ত সঞ্চালনে স্নায়ু সরবরাহ ছিন্ন করা যায়, ধমনীর আক্ষেপও কমিয়ে দেওয়া যায়। কোন বৃহৎ-রক্তনালী আক্রান্ত হলে ধমনীর মধ্য থেকে তঞ্চিত রক্তপিণ্ডটি (thrombus or embolus) অপসারিত করার প্রয়োজন হতে পারে। কোন কোন ক্ষেত্রে অবরুদ্ধ রক্ত-নালীটির বিকল্প হিসাবে একই ধরনের ধমনী কিংবা রোগীর স্বদেহের শিরা প্রতিস্থাপন (transplant) করা হয়। পরবর্তীকালে গ্যাংগ্রিনাক্রান্ত অংশটি অপসারণের জন্যে প্রত্যঙ্গটি কেটে বাদ দেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে। প্র তি যে ধ হিসাবে বেমানান জুতো কিংবা আঘাতের অন্যান্য সূত্রগুলি এড়িয়ে যেতে হবে, বৃদ্ধদের পায়ের কড়া অপসারণ করতে হবে, পাদুটি শুকনো ও পরিচ্ছন্ন রাখতে হবে এবং টিনিয়া সংক্রমণ যাতে না হয় সেদিকে দৃষ্টি রাখতে হবে।

গ্যাস-গ্যাংগ্রিনের কারণ ক্লস্ট্রিডিয়াম ওয়েলচাই, ক্ল-ঈডিমেটিয়েনস্, ক্ল সেপটিকাম জাতীয় স্পোর সম্বলিত অবায়ুজীবী জীবাণুদের দ্বারা পেশীর সংক্রমণ ও পচন। সঙ্গে স্ট্রেপটো এবং স্ট্যাফাইলো সংক্রমণও উপস্থিত থাকে। সময়ে চিকিৎসা না হলে সংক্রমণ ছড়িয়ে পড়ে, স্থানীয়ভাবে থ্রম্বোসিস ও বিষক্রিয়ার উদ্ভব হয়। এলাকাটি ফুলে ওঠে, সেখানে কঙ্কর-ঘর্ষণ-ধ্বনি শোনা যায়, গাঢ় বাদামী বর্ণ ধারণ করে এবং জায়গাটি চিরে দিলে ছাতাধরা গন্ধযুক্ত (musty) গ্যাসের বুদ্বুদ নিঃসৃত হয়। বিষক্রিয়ায় রক্তদূষণ প্রকট রূপ নিয়ে থাকে।

চি কি ৎ সা : গ্যাস গ্যাংগ্রিনের মিশ্র প্রতিবিষের সঙ্গে পূর্ণ মাত্রায় টেট্রাসাইক্লিন প্রয়োগ করলে সাধারণত অবস্থার উন্নতি ঘটে; কিন্তু এই ওষুধগুলি মৃত টিস্যুর মধ্যে প্রবেশ করতে পারেনা বলে নিকাশি পথ করে দেওয়া প্রয়োজন এবং মৃত টিস্যুগুলি কেটে বাদ দেওয়া, এমনকি অঙ্গচ্ছেদ বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ।

§ 588. IV. **পরিখা-পা**-এর উদ্ভব হয় যখন ঠাণ্ডা আর্দ্র পরিখার মধ্যে হিমাঙ্কের সামান্য বেশি তাপে দীর্ঘ সময় ধরে দাঁড়িয়ে থাকার জন্যে পায়ে

রক্ত চলাচল বন্ধ হয়ে যায়। প্রথম বিশ্বযুদ্ধে এবং দ্বিতীয় বিশ্বযুদ্ধকালে রুশ ফ্রণ্টে এই ব্যাধিটি ছিল সাধারণ ঘটনা।

ল ক্ষ ণ: (1) প্রধানত পায়ের পাতা অসাড় হয়ে যায়, পরে প্রচণ্ড ব্যথা হয়, এলাকাটি অতি-সংবেদনশীল হয়ে পড়ে। কখনো কখনো হাতও আক্রান্ত হতে পারে। (2) পরবর্তী পর্যায়ে পায়ে শোথ ও ফোস্কা, ক্ষত এবং অন্যান্য চর্মরোগ দেখা দেয়। (3) এইসব সামান্য পীড়া থেকে আর্দ্র গ্যাংগ্রিনের উদ্ভব হওয়াও সম্ভব।

চি কি ৎ সা হিসাবে পাদুটি উঁচু করে রেখে, কোন বীজবারক পাউডার মাখিয়ে শুকনো করে নিয়ে ধীরে ধীরে গরম করতে হবে। সংবাহন না করাই উচিত।

তুষার পীড়ার উদ্ভব বিশেষ করে কোন উচ্চ স্থানে হিমাঙ্কের কম উষ্ণ আবহাওয়ায় প্রবল বাতাসের মধ্যে উন্মুক্ত হওয়ার কারণে। হাতের ও পায়ের আঙ্গুল অথবা কান ঠাণ্ডায় জমে যায়, টিস্যুগুলিতে তুষার কণা সঞ্চিত হয় এবং রক্ত সঞ্চালন স্তব্ধ হয়ে যায়।

ল ক্ষ ণ: (1) সূচনাটি প্রায়ই আকস্মিক। শীতলতা বোধ সহ সমস্ত অনুভূতি নষ্ট হয়ে যায়। ত্বক মোমের মত বিবর্ণ এবং আক্রান্ত অস্থিসন্ধি শক্ত। (2) ত্বকের সবকটি স্তর আক্রান্ত হলে পচন সৃষ্টি হয়, নখ নষ্ট হয়ে যায় এবং কিছু স্থায়ী অসাড়তা থেকে যেতে পারে। (3) সমগ্র প্রত্যঙ্গটি আক্রান্ত হলে শুকনো অথবা আর্দ্র গ্যাংগ্রিন হওয়াও সম্ভব। আবার একই পরিবেশে উন্মুক্ত হলে অবস্থার পুনরাবির্ভাব ঘটে।

চি কি ৎ সা: পাদুটিকে বিশ্রামরত রেখে গরম বাতাস বা গরম জলের সাহায্যে দ্রুত গরম করতে হবে—যতক্ষণ না পর্যন্ত স্বাভাবিক উষ্ণতা ফিরে আসে। তখন তাপ প্রয়োগ বন্ধ করতে হবে। এই সময় অঙ্গ সংবাহনে উপকার পাওয়া যায়। গরম পানীয় এবং ঘুম একান্ত প্রয়োজন, তবে সুরা পরিহার করাই ভাল। সংক্রমণ না থাকলে জীবন্ত ও মৃত টিস্যুর মধ্যে সুস্পষ্ট সীমারেখা না দেখা দেওয়া পর্যন্ত গ্যাংগ্রিনাক্রান্ত অংশটির ছেদন স্থগিত রাখা উচিত। প্র তি ষে ধ হিসাবে গরম পোষাক, বালাক্লাভা শিরস্ত্রাণ ও গরম দস্তানা, দু-জোড়া করে মোজা এবং বুট পরা দরকার। সমস্ত পোষাক বায়ু-নিরোধক হওয়াই বাঞ্ছনীয়।

সাধারণত কোন তরুণী—তাঁর অভিযোগ, হাতের এক বা একাধিক আঙ্গুল ঘণ্টাখানেক বা তারও বেশিক্ষণ ধরে হঠাৎ প্রাণহীন হয়ে পড়ে এবং বিশেষ করে ঠাণ্ডা আবহাওয়ায় দু-হাতেই একইভাবে এই অবস্থা সৃষ্টি হয়; দীর্ঘস্থায়ী হলে আঙ্গুলের অগ্রভাগে ক্ষত দেখা দিতে পারে। অবস্থাটি রেনড (Raynaud) বর্ণিত ব্যাধি।

§ 589. V. **রেনড বর্ণিত ব্যাধি** (প্রতিশব্দ : প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের স্থানীয় শ্বাসরোধ) :

1862 খ্রীষ্টাব্দে রেনড সর্বপ্রথম এই ব্যাধির বর্ণনা দেন। এর বৈশিষ্ট্য এক বা একাধিক আঙ্গুলের ধমনীতে বারবার অবরোধ সৃষ্টি। অধিকাংশ ক্ষেত্রে দু-হাতেই সমভাবে আক্রমণ ঘটে। দুরন্ত দীর্ঘস্থায়ী রোগে শেষ পর্যন্ত গ্যাংগ্রিন হতে পারে। কখনো কখনো পায়ের আঙ্গুলও আক্রান্ত হয়। এ-রোগের দুটি প্রকৃতি বর্ণনা করা হয়েছে—(1) রক্তনালীর সার্বিক আক্ষেপ জনিত "মূর্ছা" প্রকৃতি এবং (2) ধমনিকাগুলির আক্ষেপ ও কৈশিক জালিকার প্রসারণ প্রসূত "শ্বাসরোধী" প্রকৃতি।

লক্ষণ : (1) প্রথমে হাত বা পায়ের এক বা একাধিক আঙ্গুলের অগ্রভাগ হঠাৎ বিবর্ণ, ঠাণ্ডা এবং অসাড় হয়ে যায়। সাধারণত ঘটনাটি ঘটে দু-দিকেরই একই আঙ্গুলে। এই আক্রমণ ঘণ্টাখানেক বা তার বেশি সময় স্থায়ী হতে পারে। ধমনী, ধমনিকা ও কৈশিক জালিকায় অবরোধ জনিত এই বিবর্ণ পর্যায়ের পরেই উদ্ভব হয় (2) আঙ্গুলে শীতলতা বোধ এবং স্থানীয় শ্বাসরোধ; কৈশিক জালিকাগুলি প্রসারিত হলে দেখা দেয় ত্বকের নীলাভা। (3) তৃতীয় বা প্রতিক্রিয়ার পর্যায়ে রক্ত সঞ্চালন পুনঃপ্রতিষ্ঠিত হলে আক্রান্ত এলাকাটি উজ্জ্বল রক্তবর্ণ বা গভীর বাদামী লাল বর্ণ ধারণ করে, প্রচণ্ড ব্যথা হয়, ফুলে ওঠে, অতিসংবেদনশীল হয়ে পড়ে। কখনো কখনো বিবর্ণ পর্যায়টি খুবই সুনির্দিষ্ট, কখনো অনুপস্থিত অথবা এতই ক্ষণস্থায়ী যে চোখেই পড়েনা। সময় সময় সমগ্র হাতটি আক্রান্ত হয়ে থাকে। (4) আরও গুরুতর ক্ষেত্রে এবং বারবার আক্রমণের পর নখগুলি ক্ষয়ে যায় কিংবা নষ্ট হয়ে যায়; আক্রান্ত স্থলে ক্ষত বা গ্যাংগ্রিনের উদ্ভব হয়। মৃত এলাকাটি জীবন্ত এলাকা থেকে পৃথক হয়ে যাওয়ার পর ক্ষতস্থানটি স্বাভাবিকভাবে কিন্তু ধীরে ধীরে শুকিয়ে আসে। ক্বচিৎ এমন রোগীর

বিবরণ পাওয়া গিয়েছে যার হাতের ব্যাপক এলাকায় একাধিক গ্যাংগ্রিন হয়েছিল ; এক্স্‌-রে করে দেখা গিয়েছে, অস্থির ক্ষয়িষ্ণু পরিবর্তন ঘটেছে।

উপরে আক্রমণের যে বর্ণনা করা হল ঐটিই একমাত্র লক্ষণ হতে পারে ; কিন্তু অধিকাংশ ক্ষেত্রেই এমন আরও কিছু লক্ষণ দেখা দিতে পারে যা যথেষ্ট কৌতুহলোদ্দীপক। কারও কারও দেখা দেয় সার্বিক ত্বককাঠিন্য—ত্বক টানটান ও মসৃণ দেখায় অথবা ফেটে-ফেটে যায়। এরকম ক্ষেত্রে সব আঙ্গুলগুলিই বিবর্ণ এবং মৃত মনে হয় ; সমগ্র কাণ্ডটি ক্ষয়প্রাপ্ত ; নখও বিধ্বস্ত। অন্যান্য কিছু ক্ষেত্রে দেহের বিভিন্ন অংশে মাঝে মাঝেই লালচে দাগের আবির্ভাব হয়ে কালশিরার চিহ্ন রেখে যায়। ক্ষেত্রবিশেষে দেহের একদিকে পক্ষাঘাত ও সাময়িক বাকরোধ এবং মাঝে মাঝে প্রস্রাবে হিমোগ্লোবিনের উপস্থিতি লক্ষ্য করা গিয়েছে। অঙ্গুলিনলক (phalanges) এবং অন্যান্য অস্থিসন্ধির মধ্যে জল জমে সন্ধিগুলি অনড় হয়ে যেতে পারে।

রো গ নি র্ণ য় মোটামুটি সহজ। প্রাথমিক পর্যায়গুলি ইরিথ্রোমেলালজিয়া (§ 590), অঙ্গুলিকাঠিন্য (§ 751) এবং "মৃত হাতের" অনুরূপ ; কিন্তু আঙ্গুলের প্রান্তভাগে সীমাবদ্ধ নয়, উগ্রতা কম এবং কখনো গ্যাংগ্রিনের উদ্ভব হয়না। রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনা সংক্রান্ত স্থানীয় লক্ষণ সাধারণত একটি বাহুতে সীমাবদ্ধ থাকে। উৎপত্তি সম্ভবত কোন গ্রীবাদেশীয় (সারভাইক্যাল) পঞ্জরাস্থি থেকে।

উ ৎ প ত্তি : ব্যাধিটি বেশি দেখা যায় মহিলাদের মধ্যে এবং তার প্রকোপ পারিবারিক হতে পারে। সাধারণত শুরু হয় 15 থেকে 30 বছরের মধ্যে। বিশেষ করে যাঁরা সহজে ঘাবড়ে যান, বেশি আক্রান্ত হন তাঁরাই। প্রায়ই আক্রমণ আসে ঠাণ্ডায় উন্মুক্ত হওয়ার পর—বেশি হয় ঋতুনিবৃত্তির সময়, প্রসবের ও অস্ত্রোপচারের পর এবং মানসিক চাপে। ধূমপানে এবং ফিনোবারবিটোনে অতিসংবেদনশীলতার কিছু ভূমিকা আছে। ভৌত কারণগুলিও গুরুত্বপূর্ণ—বিশেষ করে কোন সারভাইক্যাল পঞ্জরাস্থির দ্বারা সাবক্লেভিয়ান ধমনীতে আংশিক অবরোধ ঘটলে কিংবা ঘুমানো বা কাজের সময় হাতদুটি মাথার উপর দিয়ে বাইরের দিকে ছড়িয়ে দেওয়ার ফলে একই অবস্থা ঘটলে এই ধরনের ঘটনা ঘটতে পারে। কম্পমান কোন কাজের উপকরণ থেকেও এ-রোগের উদ্ভব হওয়া সম্ভব। প্রথমে হয় রক্ত-

নালীর কর্মোদ্দীপনা ঘটিত আক্ষেপ; পরে স্থায়ী সঙ্কীর্ণতা সৃষ্টি হলে চিকিৎসায় সুফল পাওয়া যায় কম।

পূর্বাভাস: রোগটি বহু বছর ধরে চলতে থাকে। ক্রমে দীর্ঘকাল-ব্যাপী ও ঘন ঘন আক্রমণ হতে পারে এবং রোগী ক্রমশ বেশি অসহায় হয়ে পড়েন। রোগের উগ্রতার নানান মাত্রা থাকে—কথনো ক্ষুদ্র একটি এলাকায় স্থানীয় মূর্চ্ছা ও শ্বাসরোধী অবস্থা, কোথাও বা সমগ্র প্রত্যঙ্গটির গ্যাংগ্রিন। আশ্চর্যের বিষয়, একবার কোন একটি আঙ্গুলে গ্যাংগ্রিন হলে পরবর্তীকালে অবশিষ্ট কাণ্ডে কিন্তু ঐ ধরনের অবস্থা আর ঘটেনা। এই রোগাক্রান্তরা সাধারণত বার্ধক্য পর্যন্ত পরমায়ু পান না, তার আগেই অন্য কোন আনুষঙ্গিক ব্যাধিতে প্রাণ হারান।

চিকিৎসা: আক্রান্ত প্রত্যঙ্গটি গরম রাখতে হবে এবং রোগী যেন ঠাণ্ডায় উন্মুক্ত না হন তার জন্যে সতর্ক হতে হবে। বাহু এবং উরু গরম অন্তর্বাসে ঢেকে রাখা এবং দস্তানা ও বুট পরা দরকার। ধূমপান সাময়িক-ভাবে স্থগিত রেখে যদি উপকার পাওয়া যায় তবে তা স্থায়ীভাবে পরিহার করা উচিত। থাইরয়েড প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়, নাইট্রোগ্লিসারিনও ব্যবহার করা হয়েছে। 25 মিলিগ্রামের টোলাজিন[1] হাইড্রোক্লোর এবং 20 মিলিগ্রাম মাত্রায় ডাইবেনিলিন[2] দিনে চারবার করে খাওয়ালে রক্ত-নালীগুলি আরও ভালভাবে প্রসারিত হয়। প্রচণ্ড ব্যথার জন্যে পেথিডিন ইনজেকসন নেওয়ার দরকার হতে পারে। থোরাসিক গ্যাংগ্লিয়ান-1-এর নিচে থেকে থোরাসিক গ্যাংগ্লিয়ান-3-এর নিচে পর্যন্ত সিমপ্যাথেটিক স্নায়ু-শৃঙ্খল কেটে বাদ দিলে বাহু ও হাতের বহু সিমপ্যাথেটিক স্নায়ুতন্তু অপসারিত হবে, কিন্তু চোখে প্রবাহিত স্নায়ু তাড়না অক্ষুণ্ণ থাকবে এবং হর্নার (Horner) বর্ণিত উপব্যাধি নিবারিত হবে। আনুষঙ্গিক হর্নার উপব্যাধির উপস্থিতিতে কোন কোন শল্যচিকিৎসক আরও ভাল ফল পাওয়ার জন্যে (নক্ষত্ররূপী) ষ্টিলেট গ্যাংগ্লিয়ান বাদ দেওয়ার পক্ষপাতী। রোগ যেখানে উগ্ররূপ নিয়েছে সেক্ষেত্রে উপরিউক্ত ধরনের অস্ত্রোপচারে এবং কটিদেশীয় সিমপ্যাথেটিক স্নায়ু অপসারণে লক্ষণগুলি সম্পূর্ণ উপশম হয়। অস্ত্রোপচার করা উচিত প্রাথমিক অবস্থায়, রক্তনালীগুলি স্থায়ীভাবে সঙ্কীর্ণ হওয়ার

1. Tolazine 2. Dibenyline

আগে। যেখানে অস্ত্রোপচারের আগে কৃত্রিমভাবে দৈহিক উষ্ণতা বাড়িয়ে দিলে রক্তনালীগুলি ভালভাবে প্রসারিত হয় ও ত্বকের উষ্ণতা বৃদ্ধি পায়, অথবা যেখানে সুষুম্নাকাণ্ড অসাড় করে দিলে রক্তনালীর কর্মোদ্দীপক স্নায়ুগুলি পক্ষাঘাতগ্রস্ত হয়ে পড়ে, সেই হল অস্ত্রোপচারের সবচেয়ে উপযোগী ক্ষেত্র।

মৃত হাত (আঙ্গুলের বিবর্ণতা) : অনেক রোগী, বিশেষত যাদের রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনায় জন্মগত অস্থিরতার অন্যান্য প্রমাণও আছে, তাঁরা অভিযোগ করেন, হাত কিংবা আঙ্গুলের অগ্রভাগ মৃতদেহের মত "প্রাণহীন" বা সাদা হয়ে যায়, অসাড় এবং ঠাণ্ডা মনে হয়। এই আক্রমণ বেশীক্ষণ স্থায়ী না হলেও ঘটে গ্রীষ্মকালে, সুস্পষ্ট কোন কারণ ছাড়াই। রক্তনালীর বিশৃঙ্খলা অনেকটা রেনড বর্ণিত ব্যাধির অনুরূপ। সাধারণত এই আক্রমণ গুরুতর কিছু নয়। চিকিৎসা রেনড বর্ণিত ব্যাধির মত।

রেনড বর্ণিত উপব্যাধির সঙ্গে আঙ্গুল ঠাণ্ডা হয়ে যাওয়ার অনুভূতি, উপরতলীয় ক্ষত এবং স্থানীয়ভাবে বাদামী-লাল ছোপ (পারপিউরা) দেখা যায় রক্তে ক্রায়োগ্লোবিন বৃদ্ধিতে (আঙ্গুলে বরফ প্রয়োগ করেও এই লক্ষণগুলি সৃষ্টি করা যায়)। রক্তরসে থাকে ক্রায়োগ্লোবিন যা ঠাণ্ডায় অধঃক্ষিপ্ত হয় এবং স্বাভাবিক দৈহিক উষ্ণতায় আবার দ্রবীভূত হয়ে যায়। এই ধরনের রোগীদের শতকরা 50 জনের থাকে একাধিক মজ্জা-টিউমার, কেউ আক্রান্ত হন লিভারের সিরোসিসে, কেউবা লিমফ্যাটিক (লসিকাতন্ত্রের) লিউকিমিয়ায় কিংবা লুপাস ইরিথিমেটোসাসে।

§ 590. VI. **ইরিথ্রোমেলালজিয়া** হচ্ছে দুই হাতে, কখনো কখনো দুই পায়ে সমানভাবে বেদনাদায়ক জ্বালাকর অনুভূতির সঙ্গে রক্তিমাভা ও স্ফীতি। অবস্থাটি বাহু এবং পায়েও সম্প্রসারিত হতে পারে। আক্রমণ ঘটে মাঝে মাঝে। একদিকে বেশি হলেও একই সঙ্গে দু-দিকই আক্রান্ত হয়। প্রায়ই আক্রমণ ঘটে প্রত্যঙ্গদুটি ঝুলিয়ে রাখার সময়। কঠোর শ্রমের পর অথবা খুব গরম বা খুব ঠাণ্ডা জলে ডুবিয়ে রাখলে অবস্থা গুরুতর হয়ে ওঠে। বেশি কষ্টদায়ক হয় শায়িত অবস্থায়; ঘটে নিদ্রাহীনতা। আক্রমণ শুরু হয় হাতের বা পায়ের আঙ্গুলে শিহরণের অনুভূতি ও অসাড়তা সহ যা হাতে বা পায়ের পাতায় ছড়িয়ে পড়ে এবং পরে বেদনাদায়ক রক্তিমাভার উদ্ভব হয়।

পক্ষাঘাত হয়না কিন্তু ফুলে ওঠার জন্যে আঙ্গুলগুলি সম্পূর্ণ ভাঁজ করা যায়না। হাতদুটি মাথার উপর তুললে কিংবা পা উঁচু করলে ব্যথা ও স্ফীতি কমে যায়।

রো গ নি র্ণ য়: সমগ্র হাতটি ফুলে লাল হয়ে ওঠে—তুষার পীড়া, লুপাস বা রক্তিমাভার মত এক জায়গায় চাপড়া হিসাবে নয়। রেনড বর্ণিত ব্যাধির নীলাভ-ত্বক-প্রকৃতিতে লক্ষণগুলি শুরু হয় একটি বা দুটি আঙ্গুলের অগ্রভাগে এবং আঙ্গুলগুলি প্রচণ্ড ঠাণ্ডা মনে হয়। ইরিথ্রোমেলালজিয়ায় দুই হাতের সবকটি আঙ্গুল সমভাবে আক্রান্ত হয় এবং হাতদুটি গরম থাকে। অবস্থাটি বেশ কিছুদিন চলতে থাকে—বেদনাদায়ক, কিন্তু মারাত্মক হয়ে ওঠে না।

উ ৎ প ত্তি: বেশি আক্রান্ত হন মহিলারা—20 : 1 অনুপাতে—18 থেকে 25 বছর বয়সে। মনে হয় রোগটি স্নায়বিক—সিমপ্যাথেটিক ও প্যারাসিমপ্যাথেটিকের মধ্যে অসঙ্গতি প্রসূত। লক্ষণগুলি কোলিনের অতি-সক্রিয়তার অনুরূপ। কিছু ক্ষেত্রে দেখা গিয়েছে প্রচণ্ড ইরিথ্রোমেলাল-জিয়ার সাময়িক লক্ষণের সঙ্গে দেহের অপরাংশে রক্তিমাভ দাগ এবং বিভিন্ন প্রত্যঙ্গে প্রচণ্ড বাতের ব্যথা।

চি কি ৎ সা: সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি বিধানের সঙ্গে যেসব কারণে আক্রমণ ঘটে সেগুলি এড়িয়ে যাওয়ার চেষ্টা করা হয়। হিস্টামিনবিরোধী ওষুধ অথবা অ্যাসপিরিন প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়; ঘুমের জন্যে বারবিটিউরেট দেওয়ার প্রয়োজন হতে পারে।

অপুষ্টিঘটিত ইরিথ্রোমেলালজিয়া (পায়ের পাতা জ্বালা করা): এই উপব্যাধিটি দেখা যায় অত্যন্ত অপুষ্ট এবং কখনো কখনো সুরাসক্তদের মধ্যে (§ 983)।

লক্ষণ: পায়ের পাতায় তীব্র জ্বলনের সঙ্গে জঙ্ঘায় টনটনে ব্যথা হয়, গুরুতর ক্ষেত্রে হাতের আঙ্গুলে এবং হাতেও জ্বালা করে। দুরন্ত ব্যথার জন্যে রাতে ঘুম হয় না, হাঁটতেও কষ্ট হয়। পরীক্ষায় দেখা যায় পায়ের পাতাদুটি সামান্য লাল হয়েছে, সঙ্গে ভিটামিন ঘাটতির অন্যান্য লক্ষণ—যেমন জিবের প্রদাহ কিংবা ঠোঁটে বা ঠোঁটের কোণায় ঘা হয়েছে। শব-ব্যবচ্ছেদে পায়ের ধমনী ও ধমনিকাগুলিতে পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়।

চিকিৎসা হল সুষম খাদ্য ও ভিটামিন-বি-কম্প্লেক্স্। প্যানটোথেনিক

অ্যাসিড এবং ঈষ্ট্‌ প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়।

হাত এবং পায়ের ত্বককাঠিন্যে (Acroteric Scleroderma or Sclerodactyly) কখনো কখনো নাকও আক্রান্ত হয়ে থাকে। প্রথমে ত্বক কিছুটা নীলাভ ও পুরু হয়ে যায়, পরে হয় সাদা ও ক্ষয়িষ্ণু (§ 751)।

§ 591. **ফিকা-লাল ব্যাধি** (Pink disease, Erythroedemia) একটি বিরল ব্যাধি যা কয়েক মাস ধরে চলতে থাকে। বৈশিষ্ট্য হিসাবে হাত ও পায়ের পাতা স্ফীত এবং লাল হয়ে ওঠে। আক্রান্ত হয় 4 বছরের কমবয়সী শিশুরা।

লক্ষণ: (i) প্রায়ই একটি প্রাথমিক পর্যায়ে জ্বর (100-102 ডিগ্রি ফারেনহাইট), অসুস্থতাবোধ, পেশীর দুর্বলতা এবং ওজন হ্রাস লক্ষ্য করা যায়। প্রায় এক মাস ধরে খিটখিটে মেজাজ, নিদ্রাহীনতা, মাঝে মাঝে প্রচুর স্বেদ ক্ষরণ এবং প্রচণ্ড চুলকানি প্রকট হয়ে ওঠে। (ii) এর পর হাত এবং পা ফুলে উঠে ফেকাসে-লাল অথবা নীলাভ ও ঠাণ্ডা হয়ে যায়। আলোক-অসহনীয়তা লক্ষণীয়; নাড়ী প্রায় অবধারিতভাবে মন্থর; নাসা গহ্বরের শ্লেষ্মা-প্রদাহ (coryza), মুখবিবরের প্রদাহ এবং স্ট্যাফাইলোকক্কাস সংক্রমণজনিত ফুসকুড়ির উদ্ভব সাধারণ ঘটনা। (iii) পেশীর টান কমে যায়, কণ্ডরা বা টেনডনগুলির প্রতিবর্ত ক্রিয়া হ্রাস পায়। (iv) নিরাময় মন্থর, শিশু স্বাভাবিক হতে বেশ কয়েক মাস কেটে যায়।

রোগনির্ণয়: হাত-পা ফেকাসে-লাল হয়ে ফুলে না-ওঠা পর্যন্ত সাধারণত সন্দেহ জাগে হয়তো শৈশবের পক্ষাঘাত ঘটেছে।

উৎপত্তি: সাধারণত আক্রান্ত হয় $3\frac{1}{2}$ বছরের কমবয়সী শিশুরা— অধিকাংশই 6-24 মাসের মধ্যে। প্রায় সুনিশ্চিত কারণ হল দাঁতের মাজনে ব্যবহৃত এবং জন্মগত সিফিলিসে প্রযুক্ত পারদ ঘটিত উপাদানের প্রতি অতিসংবেদনশীলতা। আজকাল এই উপাদানগুলি পরিহার করার ফলে ব্যাধির প্রকোপ খুবই বিরল হয়ে এসেছে।

পূর্বাভাস: এ-রোগের কোন পরিণতি নেই, পুনরাক্রমণও হয়না। গৃহচিকিৎসাতেই শিশুরা ভাল হয়ে ওঠে; হাসপাতালে ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া, আন্ত্রিক প্রদাহ ইত্যাদি পারস্পরিক সংক্রমণের আশঙ্কা থাকে না। পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি, নখভূমির প্রদাহ ইত্যাদি আনুষঙ্গিক সংক্রমণ সাধারণ ঘটনা।

চি কি ৎ সা : শিশুকে হালকা পোষাক পরিয়ে মুক্ত বায়ুতে শুশ্রূষা করা বাঞ্ছনীয়। হাতে-পায়ে ট্যালকাম পাউডার ছড়ানো উচিত; স্পিরিট মাখিয়ে রাখলে ফুসকুড়ি নিবারণ করা যায়। মুখে ঘা প্রতিহত করার জন্যে শিশুকে 1 : 4 হাইড্রোজেন পারঅকসাইডে ভিজানো তুলি চিবাতে দেওয়া যায়; সেই তুলিটি সুতো দিয়ে বেঁধে রাখলে শিশু তা গলাধকরণ করতে পারবে না। পথ্যে পর্যাপ্ত ভিটামিন থাকবে এবং পারদঘটিত সমস্ত উপকরণ পরিহার করতে হবে।

গ্রুপ II. অস্থিসন্ধির ব্যাধি

পরীক্ষা-পদ্ধতি এবং ভ্রান্তি-সম্ভাবনা পরিহার সম্পর্কে আগেই আলোচনা করা হয়েছে। আলোচনার সুবিধার জন্যে সন্ধি সম্পর্কিত বিশৃঙ্খলাগুলিকে তীব্র, অনতিতীব্র এবং দীর্ঘস্থায়ী এই তিন ভাগে ভাগ করা যায় (§ 596)।

(a) তীব্র সন্ধিপীড়া

I.	তীব্র বাত (রিউম্যাটিজ্‌ম্)	§ 592
II.	তীব্র গেঁটেবাত (গাউট)	§ 593
III.	গনোরিয়া প্রসূত তীব্র সন্ধিপীড়া	§ 594
IV.	তরুণাস্থির বৃদ্ধিসহ (রিউম্যাটয়েড) তীব্র সন্ধি-প্রদাহ	§ 594
V.	তীব্র পুঁজযুক্ত সন্ধি-প্রদাহ	§ 594
VI.	তীব্র নির্দিষ্ট ধরনের জ্বর	§ 594
VII.	পারপিউরা (Henoch-Schonlien বর্ণিত পারপিউরা সহ), লিউকিমিয়া, হিমোফিলিয়া	§ 595
VIII.	আঘাত	§ 595
IX.	সবিরাম জানুস্ফীতি (Hydrarthrosis), পৌনঃপুনিক (palindromic) বাত	§ 595
X.	সন্নিহিত অস্থি থেকে সম্প্রসারিত সন্ধিপীড়া	§ 595

তীব্র সন্ধিপীড়া শুরু হয় আকস্মিকভাবে এবং প্রায় সর্বদাই সঙ্গে থাকে সার্বিক বা স্থানীয় প্রদাহের নিদর্শন। তীব্র বাত সূচনা থেকেই মূলত একাধিক অস্থিসন্ধির প্রদাহ। তীব্র গেঁটেবাতে সাধারণত আক্রান্ত হয় একটি সন্ধি; অন্যান্য কারণগুলি একটি সন্ধিতে শুরু হলেও ক্রমে অন্যান্য সন্ধি

আক্রান্ত হওয়ার প্রবণতা থাকে। প্রসঙ্গত লক্ষ্য করা যেতে পারে যে অস্থি-সন্ধির সমস্ত বিশৃঙ্খলার (আঘাত ছাড়া) কারণ হয় কোন সংক্রমণ অথবা অন্য কোন দেহতন্ত্রের বিশৃঙ্খলা। এ থেকে বোঝা যায় যে এই রোগে সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ, সমস্ত আভ্যন্তরীণ উপাঙ্গ এবং রক্ত পরীক্ষা করা প্রয়োজন।

কোন শিশু বা তরুণ একাধিক অস্থিসন্ধিতে তীব্র ব্যথা এবং স্ফীতির অভিযোগ করছে; সেই প্রদাহ কমে গিয়ে আবার অন্য সন্ধি আক্রান্ত হচ্ছে। প্রবল জ্বর আছে। হৃৎপিণ্ড আক্রান্ত হতে পারে—বিশেষ করে হতে পারে হৃৎপিণ্ডের অন্তরপ্রদাহ। ব্যাধিটি তীব্র বাত বা রিউম্যাটিজ্‌ম্।

§ 592. I. **তীব্র বাত-জ্বর** (Rheumatic fever) মূলত নাতিশীতোষ্ণ আবহাওয়ার ব্যাধি। গ্রেটব্রিটেনে বিগত 50-60 বছরে এই ব্যাধির উগ্রতা এবং প্রকোপ ক্রমেই কমে আসা সত্ত্বেও প্রতি বছর প্রায় 4.000 শিশু আক্রান্ত হচ্ছে। 4 বছর বয়সের আগে রোগটি বিরল এবং 25 বছরের পর প্রথম আক্রমণ খুবই অস্বাভাবিক। বিশেষ করে শীতের মাসগুলিতে শিশুদের দ্বিতীয়, তৃতীয় বা ততোধিক আক্রমণ সাধারণ ঘটনা। তীব্র বাত বেশ কয়েকটি উপাঙ্গে—বিশেষ করে সন্ধি-গহ্বরের ঝিল্লীতে, হৃৎপিণ্ডের অন্তর-ঝিল্লীতে এবং পেরিকার্ডিয়ামে প্রদাহ সহ বহু রকম বিকার ঘটাতে সক্ষম। এ-ব্যাধির প্রধান রূপগুলি হল (A) তীব্র বাত জনিত একাধিক সন্ধি-প্রদাহ; (B) অনতিতীব্র বাত যা শুধু শিশুদের ক্ষেত্রেই সীমাবদ্ধ (উভয় প্রকৃতির সঙ্গে থাকে হৃদরোগ); (C) তীব্র বাতের অন্য কোন প্রমাণ ছাড়াই শুধু বাতজনিত হৃৎ-প্রদাহ।

(A) **তীব্র বাত জনিত একাধিক সন্ধি-প্রদাহ** (প্রতিশব্দ: তীব্র বাত-জ্বর): রোগটি সাধারণত দেখা যায় তরুণদের মধ্যে; শিশুদেরও হতে পারে।

লক্ষণ: (1) সাধারণত 1-3 সপ্তাহ আগে রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাস (ল্যান্স্‌ফিল্‌ড্ বর্ণিত গ্রুপ A) প্রসূত টনসিল-প্রদাহের ইতিহাস থাকে। (2) 24 ঘণ্টার মধ্যে তীব্র বাতজনিত জ্বর শুরু হয়ে যায় এবং তার আগেই অথবা সঙ্গে সঙ্গে সন্ধিগুলি ফুলে ওঠে। সেই জ্বর বিরামহীন (চিত্র 173)—সাধারণত কয়েক দিন ধরে 102-103 ডিগ্রি চলতে থাকে। হৃৎপিণ্ডের

অন্তরঝিল্লীতে, পেরিকার্ডিয়ামে অথবা অন্যত্র প্রদাহের উপসর্গ দেখা দেওয়ার সঙ্গে সঙ্গে জ্বর আরও বৃদ্ধি পায়, ব্যথা হয়, কিন্তু বিকার হয় না। জ্বরের সঙ্গে প্রস্রাব কমে যায় এবং তার রং গভীর ; জিব ময়লা ; নাড়ী দ্রুত এবং লাফিয়ে-চলা প্রকৃতির—সাধারণত মিনিটে 100-র বেশি। সময় সময় জ্বর খুব বেড়ে যায়। (3) প্রাপ্তবয়স্কদের প্রচুর ঘাম হয় যার গন্ধ অপ্রীতিকর এবং বিক্রিয়া আম্লিক—যদিও শিশুদের তা হয় না। পরবর্তীকালে প্রায়ই সঞ্চিত ঘাম থেকে ফুসকুড়ি হতে দেখা যায় ; কখনো রক্তিমাভ, লালচে-বাদামী বা অন্য ধরনের স্ফোটকের আবির্ভাব ঘটে। (4) তীব্র বাত জনিত সন্ধি-পীড়ার দুটি সুনির্দিষ্ট বৈশিষ্ট্য হল, (a) তাদের ভ্রাম্যমান বা স্থান পরিবর্তন প্রবণতা এবং (b) পুঁজের অনুপস্থিতি। প্রথমে আক্রান্ত হয় একটি সন্ধি, দু-এক দিনের মধ্যেই আর একটি, প্রথমটি তখন হয়তো প্রায় সেরে এসেছে ; শেষ পর্যন্ত একসঙ্গে অনেকগুলি সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় জানু, গুলফ্-সন্ধি, মণিবন্ধ এবং কনুই। কখনো কখনো একটি মাত্র সন্ধিতে আক্রমণ ঘটে। সামান্য নড়াচড়াতেই তীব্র ব্যথার উদ্রেক হয়। সন্ধিগুলি গরম, স্পর্শে বিশেষ বেদনা জাগেনা, প্রাপ্ত-বয়স্কদের ক্ষেত্রে জল জমার প্রবণতা থাকে। আক্রান্ত সন্ধির উপরিভাগে ত্বকের রঙে কোন পরিবর্তন হয়না, হলেও মৃদু রক্তোচ্ছাসের মত। (5) তীব্র বাতব্যাধির সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ বৈশিষ্ট্য হল হৃৎ-বৈকল্য যা চিকিৎসায় বিশেষ সাড়া দেয়না এবং স্থায়ী ক্ষতিচিহ্ন রেখে যেতে পারে। ঘটনাটি বেশি দেখা যায় শিশুদের ক্ষেত্রে যার প্রাথমিক নিদর্শন হল মাইট্রাল এলাকায় অন্তর-প্রদাহ, সঙ্গে মৃদু সঙ্কোচনকালীন মার্মার যা অচিরে কর্কশ চরিত্র নিয়ে থাকে (§ 49)। মাইট্রাল এলাকায় শিথিলতাকালীন মার্মারও শোনা যেতে পারে। বয়ঃসন্ধিকালের পরে ছাড়া অ্যায়োর্টার ভাল্ভ্ খুব কমই আক্রান্ত হয়। সাধারণত হৃৎ-পেশীর প্রদাহের সঙ্গে কিছু হৃৎ-প্রসারণও ঘটে থাকে। পেরি-কার্ডিয়ামের ঘর্ষণ ধ্বনি সব সময়ই গুরুতর হৃৎ-বৈকল্যের নিদর্শন এবং সঙ্গে পেরিকার্ডিয়ামের মধ্যে জল জমাও সম্ভব (§ 46)। (6) কখনো কখনো বাতজনিত গুটির আবির্ভাব ঘটে। সেগুলি ক্ষুদ্রাকার, সচল এবং ফাইব্রিন গঠিত ; তন্তুজও হতে পারে। সাধারণত এগুলি বিপরীত দিকে সমভাবে অবস্থিত এবং দেখা যায় অস্থির লক্ষণীয় স্থানে অথবা সুস্পষ্ট কোন টেনডনের উপর—কনুইতে, জানুতে, দুই পায়ের দুদিকের গাঁটে, করোটির সম্মুখাংশে

বক্র রেখাগুলির উপর, কশেরুকাগুলির মেরুদেশীয় উদ্গত অংশে (spinous process) এবং হাতের মুঠির উপর। (7) বাতের একমাত্র নিদর্শন হতে পারে কোরিয়া[1], কিন্তু পরবর্তীকালে প্রায়ই সন্ধি-প্রদাহ এবং হৃৎপিণ্ডের অন্তরপ্রদাহের উদ্ভব হয়ে থাকে। (8) নিউমোনিয়া, প্লুরিসি এবং পেরিটোনিয়াম-প্রদাহ হলেও তা বিরল। (9) চিকিৎসা না করলে জ্বর এবং স্থানীয় স্ফীতি 4-6 সপ্তাহ স্থায়ী হয়। তবে এ-রোগের বৈশিষ্ট্য হচ্ছে, পর্যাপ্ত মাত্রায় সোডিয়াম স্যালিসিলেট প্রয়োগে সন্ধির ব্যথা ও স্ফীতি এবং জ্বর দ্রুত কমে যায়—যদিও হৃৎ-বৈকল্যের উপর এই ওষুধটির কোন প্রভাব নেই। (10) বহু ক্ষেত্রে, বিশেষ করে সক্রিয় হৃৎ-প্রদাহ থাকলে দ্রুত অ্যানিমিয়ার উদ্ভব হয় এবং আরোগ্যলাভের সময় তা মোটামুটি বেশিই থাকে। (11) পুনরাক্রমণ—এমনকি আরোগ্যলাভের সময়েও পুনরাক্রমণ সাধারণ ঘটনা।

রো গ নি র্ণ য় : প্রাপ্তবয়স্কদের বাতজ্বর নির্ণয় করা এমন কিছু দুরূহ নয়, রোগের পূর্ব-ইতিহাসও থাকতে পারে। শিশু এবং প্রাপ্তবয়স্ক উভয় ক্ষেত্রেই লক্ষণ প্রকাশের সময়েই সিরামে স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত হিমোলাইসিন[2]-বিরোধী পদার্থের শক্তিমাত্রা (titre) যথেষ্ট বৃদ্ধি পায় (স্বাভাবিক সর্বোচ্চ সীমা প্রতি মিলিলিটারে 200 ইউনিট) ; অথচ তার আগে রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত গলদাহের লক্ষণ ও নিদর্শন কিছু পাওয়া যায়না। তবে গলার সোয়াব নিয়ে কালচার করলে ঐ বীজাণুর উপস্থিতি ধরা পড়তে পারে।

তীব্র গেঁটেবাতের বৈশিষ্ট্যগুলি XLV নং তালিকায় বর্ণনা করা হয়েছে।

সন্ধির মধ্যে ও চতুর্দিকে (রিউম্যাটয়েড) তীব্র প্রদাহ সাধারণত বৃহৎ সন্ধি অথবা আঙ্গুলগুলিকে আক্রমণ করে (§ 594) ; স্ফীতিটি টাকুর মত এবং স্যালিসিলেট প্রয়োগে উপশম হয়না।

বিশেষ করে স্ট্রেপটোকক্কাস বীজাণু এবং পুঁজ সৃষ্টিকারী বীজাণুর দ্বারা রক্তদূষণের (septicaemia and pyaemia) লক্ষণগুলি অনেকটা বাতজ্বরের মতই। তবে ঐ সব জ্বরে সারাদিনের দৈহিক উষ্ণতায় লক্ষণীয় তারতম্য

1. কোরিয়া—অনৈচ্ছিক ও অসংলগ্ন সচলতা বিশিষ্ট স্নায়বিক ব্যাধি।
2. হিমোলাইসিন—কোন একটি জীবদেহে অপর কোন জীবের লোহিত কণিকা প্রবিষ্ট করালে যে পদার্থের উদ্ভব হয় এবং যা প্রবিষ্ট কণিকাগুলিকে ধ্বংস করে।

ঘটে থাকে, প্রায়ই কাঁপুনি ও বিকার সৃষ্টি হয় এবং বাতজ্বরের তুলনায় শ্বেত কণিকার সংখ্যা বৃদ্ধি হয় অনেক বেশি (বাতজ্বরে সাধারণত 15,000-এর বেশি হয় না)। সন্দেহজনক ক্ষেত্রে প্রথমেই রক্তের বীজাণু বিশ্লেষক পরীক্ষা করা আবশ্যিক।

কোন অস্থির মুক্ত প্রান্তের নিকটবর্তী অস্থি ও মজ্জা-প্রদাহকে বাতজ্বর বলে ভুল হতে পারে।

মেনিনগোকক্কাস বীজাণু দ্বারা রক্তদূষণে বিভিন্ন সন্ধি ও পেশীতে ব্যথার স্থান পরিবর্তন হওয়ায় প্রথমদিকে কিছু বিভ্রান্তি হওয়া সম্ভব। প্রচণ্ড শিরঃপীড়া, মুখে হারপিস এবং পারপিউরা থেকে রোগটি চেনা যায় এবং নাকের পিছন থেকে সোয়াব নিয়ে কালচার করলে সাধারণত মেনিনগোকক্কাস পাওয়া যায়।

শিশুদের তীব্র পোলিয়োমায়েলাইটিসে পক্ষাঘাত হওয়ার আগে হাতে-পায়ে-গ্রীবায় ব্যথা হয়, গ্রীবা শক্ত হয়ে যায় এবং মস্তিষ্ক ও সুষুম্নাকাণ্ডে প্রবাহিত তরল পদার্থে লিমফোসাইটের সংখ্যাধিক্য ঘটে।

লিমফোসাইট-বহুল লিউকিমিয়া রক্ত পরীক্ষা না করা পর্যন্ত নির্ণয় করা দুরূহ।

হেনক্-শনলিন (Henoch-Schonlien) বর্ণিত পারপিউরায় আম্বাত এবং আন্ত্রিক লক্ষণ ছাড়াও অস্থিসন্ধিগুলি ফুলে উঠতে পারে।

একাধিক ধমনীতে গুটিযুক্ত প্রদাহ এবং পৃথক পৃথক আরক্তিম ছোপ বিশিষ্ট লুপাস (DLE) সাধারণত 20 বছর বয়সের আগে হয়না।

গনোরিয়া ঘটিত সন্ধি-প্রদাহ সাধারণত আক্রমণ করে জানু এবং মণিবন্ধ ও গুল্‌ফের সন্ধিগুলিকে (§§ 594, 595)। অবস্থাটি দীর্ঘস্থায়ী এবং গনোরিয়া ঘটিত দীর্ঘস্থায়ী ইউরেথ্রা-প্রদাহের ইতিহাস থাকে।

অন্যান্য যে-সব ব্যাধির সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয়ের প্রয়োজন হতে পারে তার মধ্যে ডেঙ্গুতে বৈশিষ্ট্যমূলক স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে; ট্রিচিনোসিসে ব্যথা এবং স্ফীতি পেশীতে বিস্তৃত হয়; হৃৎপিণ্ডের সংক্রামক অন্তরপ্রদাহে জ্বরের চরিত্র সবিরাম, স্যালিসিলেট খাইয়ে সুফল পাওয়া যায়না এবং প্রায়ই রক্তের জীবাণু বিশ্লেষণে ফল হয় অস্তিবাচক।

মস্তিষ্ক ও সুষুম্নাকাণ্ড ঘটিত জ্বরে এবং আমাশার আনুষঙ্গিক সন্ধি-প্রদাহের কথা অবশ্যই মনে রাখা উচিত। শৈশবের স্কার্ভি এবং সিফিলিস

ঘটিত অস্থির মুক্ত প্রান্তের প্রদাহ দু-বছর বয়সের পর খুব কমই দেখা যায়, আর তিন বছর বয়সের আগে তীব্র বাতব্যাধি বিরল ঘটনা।

B. **অনতি তীব্র বাত ব্যাধি** আজকাল তীব্র বাত-জ্বরের তুলনায় অনেক বেশি দেখা যাচ্ছে। 4 বছরের বেশিবয়সী শিশুদের এই রোগে তীব্র সন্ধি-প্রদাহ খুবই কম, কিন্তু অজ্ঞাতে হৃদরোগ সৃষ্টি করার প্রবণতা খুব বেশি ; সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলি সুস্পষ্ট হয়ে ওঠে।

লক্ষণ: (1) শিশুটি ক্রমবর্ধমান ব্যথার অভিযোগ করে। সে-ব্যথা এত বেশি যে শিশু কাঁদতে থাকে। দিন-রাত সব সময়ই হাতে-পায়ে, এমনকি পঞ্জরাস্থিগুলির অন্তর্বর্তী স্থলে ও উদরের পেশীগুলিতেও ব্যথা করতে থাকে। কখনো কখনো অস্থি-সন্ধিতে অথবা তাদের চতুর্দিকস্থ দেহাংশে ব্যথার সঙ্গে স্ফীতির উদ্ভব হতে পারে, অথবা নাও পারে। (2) গলদাহের প্রবণতা খুব বেশি, সঙ্গে গ্রীবাদেশীয় সারভাইক্যাল গ্রন্থিগুলি বড় হয়ে ওঠে। গলার সোয়াব নিয়ে জীবাণু বিশ্লেষক পরীক্ষা করলে ল্যান্স্-ফিল্ড্ বর্ণিত A গ্রুপের অন্তর্ভুক্ত রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাস পাওয়া যায়। (3) সাধারণত 100 ডিগ্রি ফারেনহাইট পর্যন্ত মৃদু জ্বর হতে থাকে। (4) হৃদরোগের প্রমাণ মাইট্রাল-ছিদ্রমুখে মার্মারের উপস্থিতি, হৃৎপিণ্ডের কায়-বৃদ্ধি, ঘুমন্ত অবস্থায় নাড়ীর হার অনমনীয়ভাবে বৃদ্ধি পাওয়া এবং কখনো কখনো পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহ। (5) বাত জনিত গুটির উদ্ভব বিরল।

রোগ নির্ণয় করা হয় উপরে বর্ণিত A-গ্রুপের অন্তর্ভুক্ত অন্যান্য বিশৃঙ্খলা মারফৎ। "ক্রমবর্ধমান ব্যথা" সব সময় বাতের জন্যেই হয়না, সাধারণ দুর্বলতার বিভিন্ন পর্যায়ে কিংবা দেহভঙ্গির ত্রুটি, অ্যানিমিয়া কিংবা শিশুদের স্নায়বিক অবসাদের কারণেও ব্যথা হতে পারে। তবে এই ধরনের ব্যথা পরিশ্রমের পর ক্লান্তির অংশ হিসাবে উদ্ভব হয়ে থাকে—বেশি হয় দিনের শেষে, রাতে বিছানায় শুলে কমে যায় এবং সাধারণত সঙ্গে জ্বর হয়না। দুর্বলদেহী শিশুদের প্রায়ই হৃৎ-বহির্ভূত কিংবা ক্রিয়াকলাপ সংক্রান্ত মার্মার পাওয়া যায় যেগুলি ভাল্ভ্-এর ত্রুটি জনিত অঙ্গীয় মার্মারের থেকে (§ 42) পৃথক চরিত্রের। লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার বৃদ্ধি এবং উচ্চ কিংবা ক্রমবর্ধমান হারে স্ট্রেপটোলাইসিন-বিরোধী শক্তির উপস্থিতি প্রকৃত বাত ব্যাধির শক্তিশালী প্রমাণ ; সেই শক্তি-মাত্রা (titre) যদি প্রতি মিলি-লিটারে 50 ইউনিটের কম হয় সেক্ষেত্রে রোগটি বাত হিসাবে গণ্য হয়না।

C. **বাত জনিত হৃৎ-প্রদাহ :** যাদের মাইট্রাল সঙ্কীর্ণতা ধরা পড়েছে তাদের মধ্যে শতকরা 4 জনের হৃৎ-প্রদাহের কারণ হল বাত—যদিও এদের তীব্র অথবা অনতিতীব্র বাত ব্যাধির কোন ইতিহাস পাওয়া যায়না। স্কুলগামী শিশুদের নিয়মিত স্বাস্থ্য পরীক্ষা করলে প্রথম অবস্থাতেই রোগ ধরা পড়তে পারে।

উৎপত্তি : বংশানুক্রমিক এবং পারিবারিক প্রভাবের গুরুত্ব আছে এবং দরিদ্র ও কারিগরি পেশাভুক্তদের মধ্যে এ-রোগের প্রকোপ বেশি। ছেলেদের চেয়ে মেয়েরা বেশি আক্রান্ত হয়। ঠাণ্ডায় উন্মুক্ত হওয়া, শ্রান্তি এবং "প্রাক-বাত-দুর্বলতা"র সঙ্গে ওজন হ্রাস ও ক্ষুধামান্দ্যের কিছু ভূমিকা আছে। এ-রোগের আশু কারণটি কিন্তু অজ্ঞাত। এতাবৎ যা জানা গিয়েছে তার মধ্যে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ একক কারণ হল β-রক্তলয়ী স্ট্রেপটো-কক্কাস (ল্যান্স্ফিল্ড্ বর্ণিত গ্রুপ A)। যাদের অবস্থান গলায়। বীজাণুদের হানাদারির মোটামুটি 3 সপ্তাহ পরে তীব্র বাতব্যাধি শুরু হয়ে যায়। সাধারণভাবে সবাই একমত যে এই সময় এক অতি-অনাক্রম্য অবস্থার সৃষ্টি হয়ে থাকে যার ফলে স্বাভাবিক মানুষের তুলনায় বাতে আক্রান্ত ব্যক্তির রক্তে রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাসের বিরোধী পদার্থ থাকে বেশি। এর পরই টিস্যুতে সৃষ্টি হয় ঐ-সব বিরোধী পদার্থ ও তাদের সৃজনকারী বাজাণুরূপী অ্যালার-জেনদের মধ্যে অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া—যার পরিণাম হল তীব্র বাত ব্যাধি বা রিউম্যাটিজ্ম্। এইসব রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাসের পুনরাক্রমণ হলে তীব্র বাত ব্যাধিরও পুনরাবির্ভাব ঘটে। রুটিন টনসিল অপসারণেও তা নিবারিত হয়না। ডায়াবিটিসে আক্রান্ত ব্যক্তিরা অন্যদের তুলনায় তীব্র বাতের শিকার হন কম। হৃৎপিণ্ডের ভাল্‌ভে এবং অন্যত্র অবস্থিত কোন সংক্রমণকারী এজেণ্টকে এই রোগ সৃষ্টির জন্যে দায়ী করার যে চেষ্টা এক সময় হয়েছিল, অনুপুঙ্খ পরীক্ষায় অথবা কক্-এর (Koch) শর্তানুযায়ী তা টিকতে পারেনি। 1900 খ্রীষ্টাব্দে এফ. জে. পয়নটন (Pyonton) ও আলেকজাণ্ডার পেইন (Paine) রক্ত নিঃসৃত পদার্থ থেকে এবং বাতে আক্রান্ত রোগীর হৃৎ-ভাল্‌ভ্ থেকে এক ধরনের দ্বৈত-কক্কাস (বীজাণু) চিহ্নিত করেন যার দ্বারা নির্দিষ্ট চরিত্রের প্রমাণ পাওয়া যায়। অন্যান্য বিজ্ঞানীরাও এই প্রমাণ সমর্থন করেন, কিন্তু এখনো সর্বসম্মত নয়।

রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাসগুলি হয়তো কোন ভাইরাসকে প্রাথমিক

সংক্রমণকারী প্রতিভূ হিসাবে সক্রিয় করে তোলে, এ-সম্ভাবনাও ভুলে যাওয়া উচিত নয়। যারা অবরুদ্ধ পরিবেশে বাস করে ও ঘুমায় তাদের মধ্যে, বিশেষ করে স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত তীব্র গলদাহের মহামারীর পর, স্থানীয়-ভাবে তীব্র বাতের প্রকোপ এই মতই সমর্থন করে যে এটি একটি সুনির্দিষ্ট সংক্রামক ব্যাধি।

তী ব্র এ বং অ ন তি তী ব্র বা তে র পূ র্বা ভা স : শুধু অস্থিসন্ধি আক্রান্ত হলে জীবন বিপন্ন হয়না, কিন্তু হৃৎপিণ্ড প্রচণ্ডভাবে আক্রান্ত হলে পূর্বাভাস গুরুতর। একবার আক্রমণ ঘটলে পুনরাক্রমণের অনুকূল অবস্থা সৃষ্টি হয়। অন্যান্য প্রতিকূল নিদর্শন হল প্রবল জ্বর এবং গুরুমস্তিষ্ক সংক্রান্ত লক্ষণ। রোগীর বয়স যত কম হবে পুনরাক্রমণের সম্ভাবনা তত বেশি। জ্বর যত বেশি হবে, হৃৎপিণ্ড যে-পরিমাণে আক্রান্ত হবে, পেরি-কার্ডিয়াম-প্রদাহ এবং বাতের গুটিগুলি যে-হারে উপস্থিত থাকবে, ব্যাধি সেই অনুপাতে গুরুতর হয়ে ওঠে। পেরিকার্ডিয়ামের মধ্যে জল জমার সঙ্গে সঙ্গে হৃৎপিণ্ডের নিম্নগ্রাম শব্দের পরিধি বিস্তৃততর হওয়া, বাম ফুসফুসের মূলদেশে ব্যাধি-নিদর্শনগুলির উপস্থিতি এবং শিরার রক্তচাপ বৃদ্ধি পাওয়া —এগুলি শুকনো পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহের তুলনায় অনেক বেশি বিপজ্জনক পূর্বাভাস।

চি কি ৎ সা : সম্পূর্ণ শয্যাশায়ী থাকা আবশ্যিক। ঘাম যাতে অবশোষিত হয় তার জন্যে রোগীকে কম্বল ঢাকা দিয়ে রাখা দরকার; আরাম লাগলে মাথার নিচে একটি বালিশ দেওয়া যায়। তীব্র হৃৎ-প্রদাহ হলে ফাউলার বর্ণিত ভঙ্গিতে শুইয়ে রাখাই একমাত্র পথ। জ্বরের জন্যে প্রচুর পরিমাণে তরল পদার্থ খাওয়াতে হবে (§ 296, XVIII)। সোডিয়াম স্যালিসিলেটের সঙ্গে সমমাত্রায় সোডিয়াম কার্বোনেট প্রয়োগে সন্ধির ব্যথা কমে যায় এবং 72 ঘণ্টার মধ্যে দৈহিক উষ্ণতাও প্রায় স্বাভাবিক হয়ে আসে। তার জন্যে এমন বৃহৎ মাত্রায় ওষুধটি দেওয়া উচিত যাতে রক্তরসে শতকরা 30-35 মিলিগ্রাম ঘনত্ব অর্জন করতে পারে। সাধারণত প্রাপ্ত-বয়স্কদের দেওয়া হয় প্রথম 2 দিন 2 ঘণ্টা অন্তর 1200 মিলিগ্রাম মাত্রায়; এর পর মাত্রা কমিয়ে ওষুধটি চালু রাখা হয় যতক্ষণ না উষ্ণতা স্বাভাবিক হয়ে আসছে অথবা শিরঃপীড়া, বধিরতা বা কানে ভোঁ-ভোঁ শব্দ, বমি, প্রস্রাবে অ্যালবিউমিন কিংবা বিকার ইত্যাদি বিষক্রিয়া দেখা দিচ্ছে। 12 বছরের

কমবয়সী শিশুদের দেওয়া হয় অর্ধেক মাত্রায়। স্যালিসিলেটে জ্বর নিয়ন্ত্রিত না হলে হয় সঠিক রোগ নির্ণয় হয়নি অথবা তুরন্ত হৃৎ-প্রদাহের (সঙ্গে পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহ) উদ্ভব হয়েছে (চিত্র 173)। কোন কোন বিশেষজ্ঞ এত বৃহৎ মাত্রায় সোডিয়ামের পরিবর্তে প্রতি পাউণ্ড ওজনে দৈনিক 60 মিলিগ্রাম অ্যাসপিরিন (সর্বাধিক 140 গ্রেন) ভাগ করে 4 ঘণ্টা অন্তর 6 সপ্তাহ যাবৎ ব্যবহার করে থাকেন। কর্টিকোট্রোপিন (ACTH) ও স্টেরয়েড-এর ভূমিকা সম্পর্কে এখনো সুনিশ্চিত সিদ্ধান্তে পৌছানো যায়নি; তবে যথেষ্ট প্রমাণ পাওয়া গিয়েছে যে তীব্র বাত ব্যাধি শুরু হওয়ার 2-3 সপ্তাহের মধ্যে বৃহৎ মাত্রায় ঐ ওষুধ প্রয়োগে হৃৎ-মার্মার সহ রোগীর সংখ্যা কমে যায়। সবচেয়ে ভাল ফল পাওয়া যায় প্রতি পাউণ্ড ওজনে 1·0 মিলিগ্রাম (ACTH) ইনজেকসন করে অথবা প্রতিদিন প্রতি পাউণ্ড ওজনে 3 মিলিগ্রাম ভাগ করে 4, 6 বা 8 সপ্তাহ যাবৎ মুখ দিয়ে খাইয়ে। সঙ্গে পেনিসিলিনও দিতে হবে—বিশেষ করে যদি গলায় রক্তলয়ী স্ট্রেপটো-কক্কাসের উপস্থিতি অবিচল থাকে। আক্রান্ত সন্ধিটি তুলো দিয়ে জড়িয়ে রাখা যায় অথবা সীসা ও অহিফেনের লোশন, উইণ্টারগ্রীন মলম কিংবা মেন্থলের প্রলেপ লাগানো যেতে পারে। পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহ জনিত ব্যথা কমানোর জন্যে জোঁক বসানো কিংবা লাইকর আয়োডি ফোর্ট দ্বারা পেরিকার্ডিয়ামের উপর ফোস্কা পড়িয়ে দিলে উপকার হয়। প্রবল জ্বরে ক্রমোষ্ণ জলে অবগাহন অথবা বরফে ঢেকে রাখা দরকার হতে পারে। তীব্র পর্যায়টি কেটে যাওয়ার পর রোগীকে কাজকর্ম করতে দেওয়ার আগে সুনিশ্চিত হওয়া উচিত যে সক্রিয় হৃৎ-প্রদাহের কোন নিদর্শন নেই। তার সবচেয়ে ভাল প্রমাণ হল জ্বর কিংবা অতি-দ্রুত হৃৎ-স্পন্দন নেই, হৃৎপিণ্ডের আকৃতি স্বাভাবিক, অনড় অবস্থায় মার্মার অনুপস্থিত, প্রতি সপ্তাহে $\frac{1}{2}$-1 পাউণ্ড হিসাবে ওজন বাড়ছে এবং লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার স্বাভাবিক হয়ে এসেছে। এরপর ক্রমান্বয়ে বাড়তি কাজকর্ম করতে দেওয়া যায়। গুরুতর ক্ষেত্রে 6-9 মাস শয্যাশায়ী রাখা প্রয়োজন হতে পারে।

প্র তি যে ধ : পুনরাক্রমণ এবং স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত গলদাহ নিবারণের জন্যে মুখ দিয়ে পেনিসিলিন প্রয়োগ করা উচিত; তার জন্যে স্কুল-বয়স কালে অথবা প্রথম আক্রমণের পর দিনে দু-বার করে 120 মিলিগ্রাম মাত্রায় ফিনকসিমিথিলপেনিসিলিন অথবা দু-বার করে 300000 ইউনিট বেনজিল-

পেনিসিলিন দেওয়া হয়। এই ব্যবস্থায় পুনরাক্রমণের সম্ভাবনা এক-চতুর্থাংশ কমে যায়। তা সত্ত্বেও যদি গলায় স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণ ঘটে সেক্ষেত্রে অবিলম্বে 3 মিলিলিটার (1·2 মেগাইউনিট) প্রোকেন পেনিসিলিন ইনজেকসন দিয়ে ফিনকসিমিথিল-পেনিসিলিন খাওয়াতে হবে 120 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে তিনবার। যারা পেনিসিলিনে অতি-সংবেদী তাদের দেওয়া হয় দিনে দু-বার করে 0·5 গ্রাম মাত্রায় কোন একটি সালফোনামাইড। স্কুলগামী কোন ছাত্র "ক্রমবর্ধমান ব্যথায়" অথবা টনসিল-প্রদাহে আক্রান্ত হলে তার প্রতি তীক্ষ্ণ নজর রাখা উচিত এবং হৃৎপিণ্ডে কোন সন্দেহজনক নিদর্শন পেলে শয্যাশায়ী রাখা দরকার।

চল্লিশোর্ধ্ব কোন ব্যক্তির ভোরবেলা কোন বৃহৎ অস্থিসন্ধিতে প্রচণ্ড ব্যথায় ঘুম ভেঙ্গে গেল; সন্ধিটি ফুলে ওঠে, টিপলে ব্যথা করে এবং আরক্তিম হয়ে ওঠে। লক্ষণগুলি কয়েকদিন ধরে চলতে থাকে, সঙ্গে সামান্য জ্বর হয়, তারপর আপনা থেকেই কমে যায়। ব্যাধিটি তীব্র গেঁটেবাত।

§ 593. II. **তীব্র গেঁটেবাত** (গাউট) হল বিপাক ক্রিয়ায় এক ধরনের বিশৃঙ্খলা যাতে রক্তে ও টিস্যুতে ইউরিক অ্যাসিড বৃদ্ধি পায়। এর বৈশিষ্ট্য হিসাবে এক বা একাধিক অস্থিসন্ধিতে বারবার তীব্র প্রদাহ সৃষ্টি হয় এবং সন্ধির তরুণাস্থিতে ও অন্যান্য কঙ্কাল-টিস্যুতে কেলাসিত সোডিয়াম বাইউরেট সঞ্চিত হয়ে থাকে। গেঁটেবাত প্রাচীনতম ব্যাধিগুলির অন্যতম, সাধারণত দেখা যায় নাতিশীতোষ্ণ আবহাওয়ায় এবং প্রাথমিক অবস্থায় সহজেই দৃষ্টি এড়িয়ে যায়। রোগটি তীব্র এবং দীর্ঘস্থায়ী উভয় রূপেই প্রকাশ পায় (§ 600) এবং তন্তুজ প্রদাহের অন্যতম কারণ।

ল ক্ষ ণ : তীব্র আক্রমণের আগে প্রায়ই বদহজম, হাতে-পায়ে টনটনে ব্যথা এবং মৃদু ক্ষরণশীল প্রদাহ হয়ে থাকে। সূচনাটি সাধারণত আকস্মিক —প্রায়ই মধ্যরাতে। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা কোন একটি ছোট অস্থিসন্ধি—বিশেষ করে পদাঙ্গুষ্ঠের কূর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলকের সন্ধি। (1) প্রথমদিকে সন্ধিতে প্রচণ্ড ব্যথা হয়, দপদপ করে, জ্বালা করে এবং শক্ত হয়ে যায়। জ্বর উঠে যায় 101-102 ডিগ্রি ফারেনহাইট এবং এক দফা ঘাম হয়ে যাওয়ার পর রোগী কয়েক ঘণ্টার জন্যে ঘুমিয়ে পড়েন। ঘুম ভাঙ্গার

পর দেখা যায় সন্ধিটি গরম লাগছে, ফুলে উঠেছে, চকচকে ও নীলাভ-লাল বর্ণ ধারণ করেছে এবং এতই বেদনাদায়ক হয়ে উঠেছে যে বিছানার চাদরের স্পর্শও সহ্য করা যাচ্ছেনা। কখনো পুঁজ কিন্তু হয়না। দিনের বেলা ব্যথা কমে যায়, কিন্তু রাতে প্রচণ্ড বৃদ্ধি পায়। কয়েক দিন পরে প্রদাহ কমে আসে, কোন অবশিষ্ট নিদর্শনও থাকেনা। আক্রমণের পর্যায়ে পলিমরফো-বহুল শ্বেতকণিকার সংখ্যা 20.000 কিংবা তারও বেশি হতে পারে এবং রক্তে ইউরিক অ্যাসিড বৃদ্ধি পায়। প্রস্রাব ঘন, সামান্য (trace) অ্যালবিউমেন পাওয়া যায়, কিন্তু ইউরিক অ্যাসিডের পরিমাণ আক্রমণের আগে যা ছিল তার চেয়ে কম। (2) বারো মাস বা তারও বেশি দিন বিরতির পর আসে দ্বিতীয় আক্রমণ—একই বা অপর কোন সন্ধিতে—সাধারণত পায়ের বা হাতের আঙ্গুলে, পায়ে কিংবা হাতে, গুলফ্-সন্ধিতে, মণিবন্ধে কিংবা জানুতে। (3) নিরবচ্ছিন্ন চিকিৎসা না চালালে আরও ঘনঘন—এমনকি কয়েক মাস অন্তর আক্রমণ আসতে থাকে এবং একসঙ্গে একাধিক সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে, কিন্তু তীব্র বাতব্যাধির মত এক থেকে অপর সন্ধিতে প্রদাহের দ্রুত প্রসার হয়না। (4) এর পর বিরতিকালে আক্রান্ত সন্ধি-গুলির পূর্ণ উপশম আর হয়না, রোগটি দীর্ঘস্থায়ী রূপ নেয় এবং সন্ধিগুলিতে স্থায়ী পরিবর্তন ঘটে। দীর্ঘস্থায়ী গেঁটেবাতের লক্ষণ সম্পর্কে আলোচনা করা হয়েছে § 600 অনুঅধ্যায়ে।

বি ভি ন্ন ধ র ন : (1) "অনতিতীব্র" গেঁটেবাতের আক্রমণ আরও মৃদু প্রকৃতির, তন্তু-প্রদাহের মত ভ্রাম্যমান ব্যথা হয়না, সন্ধিতে পরিবর্তন ঘটে খুবই কম অথবা আদৌ কোন পরিবর্তন ঘটেনা। (2) তথাকথিত "অনিয়মিত" গেঁটেবাত কথাটাই অর্থহীন, তবে গেঁটেবাতে আক্রান্ত রোগীদের একজিমা অথবা অন্য ধরনের চর্মস্ফোটক ও শিরঃপীড়া হতে পারে। আন্ত্রিক, হৃৎপিণ্ড-রক্তনালীর অথবা ক্ষরণশীল প্রদাহের লক্ষণ দেখা দিতে পারে।

রো গ নি র্ণ য় : তীব্র বাত এবং সন্ধির মধ্যে ও চতুর্দিকে সার্বিক প্রদাহের (রিউম্যাটয়েড) সঙ্গে পার্থক্য বিচার ছাড়া গেঁটেবাত নির্ণয় করা বিশেষ কঠিন নয়। এই জাতীয় সব ব্যাধিতেই লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার বৃদ্ধি পায় ; কিন্তু গেঁটেবাতে বিশেষ করে আক্রমণের ঠিক আগে এবং আক্রমণের সময় রক্তে ইউরিক অ্যাসিড শতকরা 6-9 মিলিগ্রাম

পর্যন্ত বৃদ্ধি পায়। প্রসঙ্গত মনে রাখা দরকার যে দীর্ঘস্থায়ী কিডনী-প্রদাহে এবং লিউকিমিয়া, পলিসাইথিমিয়া ও মজ্জাকাঠিন্যের মত রক্তের কিছু কিছু ব্যাধিতেও উচ্চ হারে ইউরিক অ্যাসিড পাওয়া যায়।

তালিকা XLV. তীব্র গেঁটেবাত ও তীব্র বাতের পার্থক্য নির্ণয়

তীব্র গেঁটেবাত	তীব্র বাত
মধ্যবয়স ; পুরুষ।	তরুণ—ছেলে অথবা মেয়ে
বেশি আক্রান্ত হয় ছোট ছোট সন্ধি ; এক থেকে অপর সন্ধিতে ভ্রাম্যমান নয়।	বেশি আক্রান্ত হয় সন্ধি ; এক থেকে অপর সন্ধিতে ভ্রাম্যমান।
স্ফীতিটি আরক্তিম, টানটান, চাপ দিলে অবদমিত হয় এবং প্রচণ্ড বেদনাদায়ক ; বিশ্রামরত অবস্থাতেও ব্যথা করে।	স্ফীতিটি গরম কিন্তু বিবর্ণ, চাপ দিলে কিংবা সন্ধিটি নাড়াচাড়া করলে তবেই ব্যথা করে।
কানে টোফির উদ্ভব হয়।	টোফি অনুপস্থিত।
জ্বর সামান্য, স্বল্পস্থায়ী।	লক্ষণীয় এবং অবিরাম জ্বর।

উৎপত্তি: সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ কারণ হল বংশানুক্রমিক প্রবণতা যা প্রায় 50-75 শতাংশ ক্ষেত্রে উপস্থিত থাকে। মহিলাদের তুলনায় পুরুষরা আক্রান্ত হন একজনে পাঁচ কিংবা দশজনের অনুপাতে। 30 বছরের নিচে রোগটি বিরল এবং 50-এর পর আক্রমণের সূত্রপাত হওয়া অস্বাভাবিক। মহিলারা আক্রান্ত হলে প্রায় অবধারিতভাবে ঘটনাটি ঘটে ঋতুনিবৃত্তির পর। অনুকূল প্রবণতা পরিবাহিত হয় প্রধানত পুরুষদের ধারা বেয়ে ; তবে বিরলক্ষেত্রে (সেই বংশেরই) কোন অনাক্রান্ত মহিলা মারফৎ পুত্রদের মধ্যে পুনরাবির্ভাব ঘটে। বেশি আক্রমণ ঘটে বসন্তে এবং শরতে ঋতু পরিবর্তনের সময়। সীসার বিষক্রিয়া জনিত গেঁটেবাত বর্তমানে খুবই বিরল হয়ে এসেছে।

রক্তে ইউরিক অ্যাসিডের পরিমাণ বৃদ্ধিই আক্রমণের একমাত্র কারণ নয় ; গেঁটেবাত আছে এমন পরিবারের বহু সভ্যেরই রক্তে ইউরিক অ্যাসিড বেশি থাকা সত্ত্বেও ঐ ব্যাধির লক্ষণ প্রকাশ পায়না ; তেমনি রক্তের বিভিন্ন

ব্যাধিতে যেখানে লোহিত কণিকাগুলি দ্রুত ভেঙ্গে যায় এবং রক্তে ইউরিক অ্যাসিডের পরিমাণ শতকরা 10 মিলিগ্রাম পর্যন্ত বৃদ্ধি পায় সেখানেও গেঁটেবাতের কোন লক্ষণ দেখা যায়না। ইউরিক অ্যাসিড সৃষ্টি হয় (1) বাহির থেকে—বিশেষ করে লিভার, মিষ্টি রুটি, কিডনী, মাছের ডিম প্রভৃতি কোষবিশিষ্ট প্রোটিন খাদ্য মারফৎ, এবং (2) দ্বিতীয়ত অন্তর্জাত নিউক্লিক অ্যাসিড থেকে। স্বাভাবিক মানুষের দেহে ইউরিক অ্যাসিড এবং ইউরেট কিডনীর গ্লোমেরিউলাসসমূহ মারফৎ নিষ্ক্রান্ত হয়ে যায়—যদিও তার 90 শতাংশ নালিকাসমূহে (tubules) পুনঃশোষিত হয়ে থাকে। অথচ গেঁটেবাতের প্রাথমিক পর্যায়ে কিডনীর ক্রিয়াকলাপ ব্যাহত হওয়ার কোন প্রমাণ পাওয়া যায়না। তবে পরবর্তীকালে কিডনীর নালিকাসমূহে আনুষঙ্গিক বিকারের ফলে যখন গ্লোমেরিউলাসের পরিস্রাবণ বিঘ্নিত হতে থাকে, সে-অবস্থায় তার ক্রিয়াকলাপ ব্যাহত হওয়া সম্ভব।

গেঁটেবাতের আক্রমণ যে-সব কারণে ত্বরান্বিত হতে পারে সেগুলি হল: (1) সুরাসক্তি—বিশেষ করে যে-সব সুরায় উচ্চ মাত্রায় শর্করা উপস্থিত—যেমন পোর্ট, বাদামী শেরী, মেডিরা, মিষ্টি লাল এবং সাদা দ্রাক্ষাসার ও বীয়ার। স্কটিশ কারিগরদের মধ্যে গেঁটেবাত খুবই বিরল; তার সম্ভাব্য কারণ এঁরা খান হুইস্কী, আর ব্রিটিশ কারিগররা অভ্যস্ত বীয়ারে যার প্রতি পাঁইটে থাকে 60 মিলিগ্রামের বেশি পিউরিন পদার্থ। (2) মেদবাহুল্য। (3) প্রচণ্ড মানসিক বা শারীরিক শ্রান্তি। (4) স্থানীয় আঘাত থেকেও সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে। (5) নিউমোনিয়া কিংবা নাকে বা গলায় সরল ধরনের ক্ষরণশীল প্রদাহের মত সংক্রমণের পরেও গেঁটেবাতের আক্রমণ শুরু হয়ে যায়।

রক্তে অতিরিক্ত ইউরিক অ্যাসিড সোডিয়াম বাইউরেট হিসাবে সঞ্চিত হয় প্রথমে সন্ধির তরুণাস্থিতে এবং পরে কানে যা পরবর্তীকালে এ-রোগের বৈশিষ্ট্য হিসাবে টো ফি তে পরিণত হয়। ব্যাধি যতই অগ্রসর হতে থাকে, একই রকম পলি পড়ে অস্থিগুলির প্রান্তদেশে (এক্স্-রে ছবিতে সেই পরিবর্তন দেখা যায়), লিগামেণ্টে এবং সন্ধিগুলির চতুষ্পার্শ্বস্থ টিস্যুতে, টেনডনের আবরণীতে, বারসায় (ঝিল্লী গঠিত থলিতে) এবং রক্তনালীসমূহে—যার ফলে উদ্ভব হয় ধমনীকাঠিন্য এবং গেঁটেবাতাক্রান্ত কিডনী।

পূ র্বা ভা স: গেঁটেবাতের আক্রমণ কখনো প্রাণঘাতী হয়না এবং

রোগের প্রথম অবস্থায় রোগী অচিরেই সম্পূর্ণ সুস্থ হয়ে ওঠেন। তবে বারবার একই সন্ধি আক্রান্ত হতে থাকে। সারা জীবন ইউরিক অ্যাসিড-বিরোধী ওষুধ খেতে রাজি হলে গেঁটেবাতের অনেক রোগীই আক্রমণ থেকে এবং আনুষঙ্গিক উপসর্গ থেকে রেহাই পেতে পারেন; রক্তে ইউরিক অ্যাসিডও স্বাভাবিক থাকে। কিন্তু প্রথম জীবনে আক্রান্ত কোন কোন তরুণ দীর্ঘস্থায়ী গেঁটেবাতের শিকার হয়ে পড়েন এবং বিধিসম্মত চিকিৎসা সত্ত্বেও ইউরিক অ্যাসিডের গুঁড়া সঞ্চিত হয়; পঞ্চাশে পৌছানোর আগেই এঁরা প্রাণ হারান। গেঁটেবাতের আক্রমণে জীবন স্বল্পস্থায়ী হয় প্রধানত হৃৎপিণ্ড-রক্তনালীর পরিবর্তনের জন্যে এবং তা থেকে উদ্ভূত কিডনীর ব্যাধি ও রক্তচাপ বৃদ্ধির কারণে (§ 410)। করোনারী ধমনীতে এবং হৃৎ-ভাল্‌ভ্‌সমূহে কাঠিন্য সৃষ্টিও সাধারণ ঘটনা।

চি কি ৎ সা:

আক্রমণের সময়: (1) পায়ের পাতায় কিংবা পায়ের কোন সন্ধি আক্রান্ত হলে স্বভাবতই কয়েকদিন শয্যাশায়ী থাকতে হবে। (2) পথ্য হবে দুধ ও শ্বেতসার-এর মত হাল্কা ধরনের; সুরাপান সম্পূর্ণ বন্ধ রাখতে হবে। (3) ক্ষার জাতীয় কার্বোনেট এবং পটাসিয়াম, লিথিয়াম ও সোডিয়াম সাইট্রেট সেবনে ইউরিক অ্যাসিড দ্রবীভূত হয়ে যায়। (4) তীব্র গেঁটেবাতের ব্যথা কমানো এবং ইউরিক অ্যাসিড দ্রুত নিষ্ক্রান্ত হওয়ার উপযোগী তিনটি ওষুধ পাওয়া যায়। (a) ফিনিল বুটাজোন প্রয়োগে 48 ঘণ্টার মধ্যে লক্ষণগুলি সম্পূর্ণ উপশম হয়, রক্তে ইউরিক অ্যাসিড কমে আসে, কিডনী মারফৎ বেশি পরিমাণে নিষ্ক্রান্ত হয়ে থাকে। এর মাত্রা হল প্রথম দিন 800 মিলিগ্রাম, দ্বিতীয় দিনে 400-600 মিলিগ্রাম এবং পরবর্তী 2-3 দিন 200 মিলিগ্রাম। এই রকম স্বল্পকালীন প্রয়োগে বিষ-ক্রিয় প্রতিক্রিয়া সাধারণত হয়না। (b) কলচিনিন শুরুতে 1·0 মিলিগ্রাম এবং তারপর 2 ঘণ্টা অন্তর 0·5 মিলিগ্রাম করে 6-10 মাত্রা প্রয়োগ করলে লক্ষণগুলি দ্রুত উপশম হয়। এর পর 0·5 গ্রাম হিসাবে আরও 7 দিন খাওয়ানো উচিত। এই মাত্রায় বমিভাব, বমি এবং উদরাময় বিরল না হলেও টিঞ্চার ওপিয়াম প্রয়োগে ঐসব লক্ষণ নিয়ন্ত্রণ করা সম্ভব। (c) 20 গ্রেন সোডিয়াম স্যালিসিলেট-এর সঙ্গে সোডিয়াম কার্বোনেট মিশিয়ে দিনে 5 বার অথবা 15 গ্রেন অ্যাসপিরিন দিনে 4 বার প্রয়োগেও বেশ সুফল

পাওয়া যায়। সিনকোফেন লিভারের তীব্র পচন সৃষ্টি করে বলে আজকাল আর ব্যবহৃত হয়না। (5) স্থানীয় চিকিৎসা হিসাবে সন্ধিটি তুলো দিয়ে জড়িয়ে রাখার আগে প্রয়োগ করা হয় লোশিও প্লামবাইকাম ওপিও অথবা স্পিরিট লোশন।

আক্রমণের অন্তর্বর্তীকালীন বা প্রতিষেধ চিকিৎসা : (1) পথ্য : ওজন বেশি থাকলে কম ক্যালরিযুক্ত খাদ্যের সঙ্গে নিম্নহারে পিউরিনযুক্ত ও অকজালেট তৈরি করেনা এমন খাদ্য দিতে হবে (§ 296. XV)। (2) মানসিক ও দৈহিক শ্রান্তি পরিহার করতে হবে। (3) ঘরের বাইরে নিয়মিত ব্যায়াম করা দরকার। (4) ইউরিক অ্যাসিডের নিষ্কাশন উদ্দীপিত করার জন্যে দিনে দু-তিনবার 0·5 গ্রাম প্রোবিনিসিড[1] ট্যাবলেটের সঙ্গে দিনে এক-দুইবার 0·5 মিলিগ্রাম কলচিসিন খেতে দিলে রক্তে ইউরিক অ্যাসিডের পরিমাণ স্বাভাবিক থাকে। লক্ষ্য করা গিয়েছে যে দিনে চারবার করে 0·5 গ্রাম প্রোবিনিসিড প্রয়োগ করলে ইউরিক অ্যাসিডের নিষ্কাশন শতকরা 33 থেকে 200 ভাগ বৃদ্ধি পায়; কিন্তু যে-কোন ধরনের স্যালিসিলেট প্রয়োগে সেই সুফলটি নিষ্ক্রিয় হয়ে যায়। ফিনিলবুটাজোনের সমশ্রেণীভুক্ত পাইরাজোলিডিন[2] যৌগ সালফিনপাইরাজোন[3] ইউরিক অ্যাসিড কমানোর পক্ষে প্রোবিনিসিড অথবা স্যালিসিলেটের চেয়ে আরও কার্যকর বলে মনে করা হয় বটে, কিন্তু ওষুধটি পাকস্থলী ও অন্ত্রপীড়ার লক্ষণ সৃষ্টি করতে পারে। এর মাত্রা হল 100 মিলিগ্রাম করে দিনে দুবার কি তিনবার। তীব্র আক্রমণের সময় এটি ব্যবহার করা উচিত নয়। (5) কোন খনিজ প্রস্রবণে বেড়াতে গেলে মানসিক বিশ্রাম, সংবাহন ও সন্তাপন চিকিৎসা, পথ্য নিয়ন্ত্রণ এবং খনিজ জলপানে উপকার পাওয়া যেতে পারে। খনিজ জল যত খুশি খাওয়া যায়।

ইউরেথ্রা কিংবা যোনি থেকে স্রাবের অব্যবহিত পরে এক বা একাধিক অস্থিসন্ধিতে তীব্র প্রদাহ হচ্ছে, স্যালিসিলেট প্রয়োগে কোন সুফল পাওয়া যাচ্ছেনা; ব্যাধিটি গনোকক্কাস প্রসূত সন্ধি-প্রদাহ হওয়া সম্ভব।

§ 594. **গনোকক্কাস ঘটিত তীব্র সন্ধি-প্রদাহের** কারণ গনোরিয়ার

---

1. Probenecid 2. Pyrazolidine 3. Sulphinpyrazone

তীব্র পর্যায়ে মূত্রপথ ও জননেন্দ্রিয় থেকে সংক্রমণের প্রসার। মহিলাদের তুলনায় বেশি আক্রান্ত হন পুরুষরা এবং ব্যাধিটি বিশেষ করে দেখা দেয় ইউরেথ্রার প্রষ্টেটাংশ আক্রান্ত হলে। জননেন্দ্রিয়ের তীব্র সংক্রমণের অব্যবহিত পরেই রোগের সূত্রপাত হয়ে থাকে (চতুর্থ কিংবা পঞ্চম সপ্তাহে)। সাধারণত দেখা যায় সাইনোভিয়ার প্রদাহ ঘটেছে; তবে আরও গুরুতর ক্ষেত্রে তরুণাস্থি, অস্থি এবং সন্ধির চতুর্দিকস্থ পেরিয়ষ্টিয়ামও আক্রান্ত হয়ে পড়ে।

লক্ষণ: পুরুষের ইউরেথ্রা অথবা মহিলাদের জরায়ুমুখ বা যোনি থেকে স্রাব তখনো চলতে পারে, তবে সন্ধিগুলি আক্রান্ত হলে কখনো কখনো ইউরেথ্রা-প্রদাহ অদৃশ্য হয়ে যায়, যার ফলে রোগ নির্ণয়ে ভুল হতে পারে। একটি মাত্র সন্ধি আক্রান্ত হওয়া সম্ভব হলেও সাধারণত একসঙ্গে কয়েকটি সন্ধি পীড়িত হয়ে পড়াই বেশি দেখা যায়। তীব্র রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহে যেমন দুদিকের একই সন্ধি আক্রান্ত হয়ে থাকে,. এক্ষেত্রে সেরকম কিছু ঘটা অস্বাভাবিক। সাধারণত পীড়িত হয় জানু, মণিবন্ধ কিংবা গুলফ্-সন্ধি। জল জমে সন্ধিগুলি ফুলে ওঠে, গরম হয়ে ওঠে, টিপলে বেদনাবোধ জাগে। প্রথমে যে-সন্ধিটি আক্রান্ত হয়, অন্যগুলি আক্রান্ত হওয়ার সময় সেটির উপশম হয়না। তাছাড়া স্যালিসিলেট প্রয়োগে সবিরাম জ্বর ও স্ফীতি নিরসনও হয়না। বিশেষ করে স্টারনাম ও ক্ল্যাভিক্‌ল-এর সন্ধি, রগাস্থি ও চিবুকাস্থির (টেমপোর‍্যাল ও ম্যানডিব্‌ল্-এর) সন্ধি এবং অন্যান্য অ-সাধারণ সন্ধি আক্রান্ত হলে গনোকক্কাস ঘটিত প্রদাহ সন্দেহ করা উচিত। পুঁজ সঞ্চয় বিরল হলেও যেখানে চিকিৎসা করা হচ্ছেনা অথবা চিকিৎসায় কাজ হচ্ছেনা সেরকম ক্ষেত্রে সন্ধিটির ব্যাপক ক্ষয় এবং বিকৃতি হতে পারে, এমনকি সন্ধিটি অনড় হয়ে যেতে পারে। শিশুদেরও এ-রোগ হওয়া সম্ভব।

রোগ নির্ণয় করা হয় সংক্রমণের ইতিহাস, সংক্রমণের প্রাথমিক উৎসস্থল থেকে নেওয়া প্রলেপ পরীক্ষা অথবা জীবাণু-বিশ্লেষক পরীক্ষায় গনোকক্কাসের উপস্থিতি এবং সিরামের কিংবা সন্ধি-গহ্বরস্থ তরল পদার্থের (synovial fluid) কমপ্লিমেন্ট ফিকসেসন পরীক্ষায় অস্তিবাচক ফল থেকে। অবশ্য সন্ধিগহ্বরস্থ তরল পদার্থ পরীক্ষায় শতকরা মাত্র 15টি ক্ষেত্রে গনোকক্কাস পাওয়া যায়।

চিকিৎসা : রোগীকে শয্যাশায়ী রেখে পূর্ণ মাত্রায় প্রোকেন পেনিসিলিন প্রয়োগ করতে হবে। কোন কোন ক্ষেত্রে 600.000 ইউনিটের একটি মাত্র ইনজেকসনেই নিরাময় হয় বটে, তবে বহু ক্ষেত্রে এক মাস যাবৎ বার বার প্রয়োগ করার প্রয়োজন হতে পারে। গনোকক্কাস ঘটিত সন্ধি-প্রদাহে আক্রান্ত সামান্য কিছু সংখ্যক রোগী যাঁরা পেনিসিলিনে প্রতিরোধী বলে প্রমাণিত, তাঁদের স্ট্রেপটোমাইসিন, ক্লোরামফেনিকল, টেট্রাসাইক্লিন ইনজেকসন অথবা সালফা জাতীয় ওষুধ একক কিংবা যুক্তভাবে প্রয়োগ করা যায়। হ্রস্ব তরঙ্গের বৈদ্যুতিক সন্তাপনে কিছু সুফল পাওয়া যায়, কারণ এই চিকিৎসায় সন্ধির মধ্যে যে পরিমাণে তাপের উদ্ভব হয় সেই উষ্ণতায় গনোকক্কাস বাঁচতে পারেনা। কেউ কেউ শিরাপথে টি. এ. বি (T.A.B) প্রয়োগ দ্বারা কৃত্রিম জ্বর সৃষ্টি মারফৎ চিকিৎসা করার পক্ষপাতী। প্রষ্টেটে অথবা জরায়ুমুখে আনুষঙ্গিক সংক্রমণ ঘটলে প্রষ্টেট সংবাহনের সঙ্গে বৈদ্যুতিক সন্তাপন প্রয়োগে তার নিরসন সম্ভব। রোগী যাতে নতুন করে গনোরিয়ায় আক্রান্ত না হন সে-সম্পর্কে সচেতন থাকা প্রয়োজন।

রিটার (Reiter) বর্ণিত ব্যাধি সাধারণত দেখা যায় তরুণদের মধ্যে। যৌন সংসর্গ ছাড়াই এ-রোগ হওয়া সম্ভব।

লক্ষণ: বিশেষ করে পায়ের একাধিক অস্থিসন্ধির (জানু ও গুল্‌ফ্) তীব্র প্রদাহ এ-রোগের বৈশিষ্ট্য। তুলনায় কম হলেও মণিবন্ধ, কাঁধ, মেরুদণ্ড এবং কখনো কখনো কটিদেশের সন্ধিগুলিও আক্রান্ত হয়ে থাকে। সঙ্গে থাকে অনির্দিষ্ট কারণ প্রসূত ইউরেথ্রা-প্রদাহ ও স্রাব; এই স্রাব কম কিংবা বেশি, পুঁজাক্ত কিংবা শ্লৈষ্মিক হতে পারে। সন্ধি-প্রদাহের আগে কনজাংটাইভা অথবা কনীনিকার প্রদাহ হওয়াও সম্ভব; বমিভাব, বমি, কাশি, সামান্য জ্বর এবং চর্মরোগও হতে পারে। এর কারণটি অজ্ঞাত—কোন ভাইরাস প্রসূত বলে সন্দেহ করা হয়। আবার অনেক সময় গনোকক্কাস ঘটিত সন্ধি-প্রদাহ বলে ভুল হওয়া সম্ভব। বহুক্ষেত্রে 3-4 মাস পরে আপনি সেরে যায়, আবার কোন কোন রোগীর দীর্ঘস্থায়ী সার্বিক সন্ধি-প্রদাহের মত অবস্থা সৃষ্টি হয়ে থাকে।

চিকিৎসা: পেনিসিলিন, টেট্রাসাইক্লিন এবং সালফোনামাইড এক্ষেত্রে নিষ্ফল। বৃহৎ মাত্রায় ক্লোরামফেনিকল কিংবা কর্টিকোস্টেরয়েড

প্রয়োগে কারও কারও উপকার হতে দেখা গিয়েছে। শয্যাশায়ী অবস্থায় বিশ্রাম, প্রচণ্ডভাবে আক্রান্ত সন্ধিটিকে অনড়-ফলক (splint) দ্বারা অনড় করে রাখা; ব্যথার জন্যে অ্যাসপিরিন এবং শিরাপথে টি. এ. বি ভ্যাকসিন প্রয়োগ মারফৎ কৃত্রিম জ্বর সৃষ্টি—এই ধরনের চিকিৎসা দ্বারা সবচেয়ে বেশি উপকার পাওয়া যায়।

IV. **বাত জনিত তীব্র সার্বিক (রিউম্যাটয়েড) সন্ধি-প্রদাহ** এমনভাবে শুরু হতে পারে যাতে তীব্র বাত-জ্বরের সঙ্গে পৃথক করে চেনা দুষ্কর। তবে সন্ধির প্রদাহ চলতেই থাকে এবং পরে সুনির্দিষ্ট সার্বিক সন্ধি-প্রদাহে পরিণত হয় (§ 597)।

V. **তীব্র পুঁজযুক্ত সন্ধি-প্রদাহ**ঃ বীজাণু এবং পুঁজ সৃষ্টিকারী বীজাণু দ্বারা রক্ত দূষণের কথা আগেই বলা হয়েছে (§ 516)। কিছু কিছু সাধারণ সংক্রমণে সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয়না, আবার কোন কোন ক্ষেত্রে সন্ধির অভ্যন্তরে ও চতুর্দিকে প্রদাহের লক্ষণীয় প্রবণতা দেখা যায়। এই ঘটনা ঘটতে পারে নিউমোকক্কাস, স্ট্যাফাইলোকক্কাস ও স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত রক্তদূষণ মারফৎ, অথবা টাইফয়েড এবং বিরল ক্ষেত্রে হৃৎপিণ্ডের সংক্রামক অন্তরপ্রদাহের অনুষঙ্গ হিসাবে। সন্ধির অন্যান্য ব্যাধির সঙ্গে এ-রোগের পার্থক্য নির্ণয় করা হয় নিম্নোক্ত উপায়েঃ (1) তীব্র বাতজ্বরে যেমন বেদনাদায়ক স্ফীতির স্থান পরিবর্তন হয়, এ-রোগে তা হয়না; (2) সন্ধিটি রক্তিম হয়ে ওঠে এবং পুঁজ সৃষ্টির নিদর্শন পাওয়া যায়; (3) সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলির বিশেষত্ব থাকে—যেমন দৈহিক উষ্ণতার ব্যাপক ও অনিয়মিত তারতম্য, কাঁপুনি ও স্বেদ নিঃসরণ, শ্বেত কণিকার সংখ্যা সাধারণত 15.000-এর বেশি; (4) দেহের অভ্যন্তরে অথবা বহির্দেশে রোগের কারণ হিসাবে পুঁজের উৎস খুঁজে পাওয়া যেতে পারে।

VI. **অন্যান্য তীব্র নির্দিষ্ট ধরনের ব্যাধি** থেকেও সন্ধি-প্রদাহ হওয়া সম্ভব। সে-ব্যাধি সন্ধির কি না, চেনা যায় শুধু ইতিহাস থেকে। প্রাপ্ত-বয়স্কদের ডেঙ্গুজ্বরে সন্ধির স্ফীতি রোগের একটি নিদর্শন। মস্তিষ্ক ও সুষুম্না-কাণ্ডের মেনিনজাইটিসে এবং ব্রুসেলিসেও অস্থিসন্ধি আক্রান্ত হয়ে থাকে। শিশুদের তীব্র পোলিয়োমায়েলাইটিসের প্রাথমিক পর্যায়ে সন্ধিগুলি পীড়িত হতে পারে; হামজ্বর, টাইফয়েড, মাম্‌স্‌ এবং ইনফ্লুয়েঞ্জা বিরল কারণ। কথনো কথনো প্রতিবিষ প্রয়োগের পর সন্ধি-গহ্বরের ঝিল্লী-প্রদাহ

(সাইনোভাইটিস) হতে দেখা যায় ; উদাহরণ সিরাম বা পেনিসিলিনের প্রতিক্রিয়া।

VII. আরও যে চারটি সর্বাঙ্গীণ বিশৃঙ্খলার সঙ্গে সন্ধিপীড়া হতে পারে সেগুলি হল হেনক-শোনলিয় বর্ণিত পারপিউরা, স্কার্ভি, হিমোফিলিয়া ও লিউকিমিয়া।

§ 595. **হেনক্-শোনলিয় বর্ণিত পারপিউরা** (সমনাম : Henoch-Schonlein Syndrome, Anaphylactic purpura, Peliosis Rheumatica) বেশি হয় 3-12 বছর বয়সী ছেলেদের ; তবে 30 বছর পর্যন্ত প্রাপ্তবয়স্কদেরও হতে পারে। পুনরাক্রমণ সাধারণ ঘটনা। শোনলিয় বর্ণিত ব্যাধিতে সন্ধিতে এবং সন্ধির চারপাশে যে ব্যথা হয় তা বাতজ্বর জনিত নয়। সঙ্গে ত্বকে স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে (§ 767)। হেনক্ বর্ণিত পারপিউরায় পেটে তীব্র ব্যথা এবং অন্ত্রের ঝিল্লীর মধ্যে রক্তপাত হতে থাকে।

লক্ষণ: (1) সূচনায় জ্বর হয়, কিন্তু সাধারণত 100 ডিগ্রি ফারেনহাইটের উপরে ওঠেনা এবং জ্বরের আগে গলায় রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাসের সংক্রমণ হতে পারে। (2) অনেক সময় স্ফোটকের আবির্ভাবই প্রথম লক্ষণ। এই স্ফোটকগুলি জলভরা ফুসকুড়ির চারিপাশে আরক্তিম এলাকা সহ দেখা দেয় কনুই, পুরোবাহু কিংবা জঙ্ঘার বাইরের দিকে অথবা নিতম্বের পশ্চাতে। এগুলি মোটামুটি উভয়দিকে সমভাবে অবস্থান করে, প্রথম দিকে চুলকায় এবং বাদামী ছোপ রেখে যায়। পারপিউরার ছোট-বড় চাপড়াও দেখা দিতে পারে এবং কখনো কখনো কালশিরা কিংবা ফোস্কা-পড়া বা ক্ষতযুক্ত পচনও দেখা যায়। (3) প্রথম 7 দিনের মধ্যে সন্ধিতে ব্যথা, টিপলে বেদনাবোধ এবং স্ফীতির আবির্ভাব ঘটে। সন্ধির মধ্যে সঞ্চিত তরল পদার্থের পরিমাণ কখনো খুব বেশি হয়না এবং স্ফীতির প্রবণতা সন্ধির অভ্যন্তরের চেয়ে চারিপাশেই বেশি লক্ষণীয়। (4) সঙ্গে হেনক্ বর্ণিত পারপিউরা এবং তীব্র উদরদেশীয় লক্ষণ থাকতে পারে। (5) তীব্র কিডনী-প্রদাহ—যার সঙ্গে প্রায়ই রক্ত ক্ষরণ হতে থাকে—খুবই সাধারণ ঘটনা এবং তা থেকে অনতিতীব্র বা দীর্ঘস্থায়ী কিডনী-প্রদাহ হওয়াও সম্ভব। (6) হেস (Hess) উদ্ভাবিত কৈশিক জালিকায় ভঙ্গুরতা পরীক্ষার ফল (Capillary fragilily test) অস্তিবাচক হতে পারে এবং মস্তিষ্কে কিংবা

অক্ষিগোলকের মত অন্যান্য স্থানেও রক্ত ক্ষরণ হওয়া সম্ভব। (7) রক্তে পলিমরফো এবং/কিংবা ইয়োসিনোফিলের সংখ্যাধিক্য ঘটতে পারে; কিন্তু রক্তস্রাবী পারপিউরাতে প্লেটলেট-এর, রক্ত ক্ষরণ ও রক্ত তঞ্চনের সময়-সীমার যে-সব পরিবর্তন ঘটে, এক্ষেত্রে সেরকম কিছু হয়না। মৃদু অ্যানিমিয়া হতে পারে।

উ ৎ প ত্তি : কৈশিক জালিকায় নির্বীজ প্রদাহ ঘটার ফলে রক্তরস এবং লোহিত কণিকাগুলি বেরিয়ে আসে। অবস্থাটি বহিরাগত প্রোটিনের প্রতি অতি-সংবেদ্যতা বলে মনে করা হয়। বহুক্ষেত্রে গলায় রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণের পর এই অবস্থা ঘটে থাকে; তবে কখনো কখনো কোন কোন খাদ্যের প্রতি অ্যালার্জি এর জন্যে দায়ী এবং সেই বিশেষ খাদ্যটি পরিহার করলে ব্যাধি নিরসন হয়।

পূ র্বা ভা স : কিডনী প্রচণ্ডভাবে আক্রান্ত না হলে পূর্বাভাস ভালই; কিডনী আক্রান্ত হলে দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহ এবং ইউরিমিয়া হতে পারে।

চি কি ৎ সা করা হয় রোগীকে শয্যাশায়ী রেখে গলায় স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণের বিরুদ্ধে ব্যবস্থা গ্রহণ মারফৎ। রোগটি একবার সুস্থিত হলে পেনিসিলিন, সালফোনামাইড এবং স্যালিসিলেটে বিশেষ কোন কাজ হয়না। সুফল পাওয়া যায় হিস্টামিন-বিরোধী ওষুধে। বিকল্পে কর্টিকো-স্টেরয়েড প্রয়োগেও উপকার পাওয়া যায় যদি পূর্ণ মাত্রায় দেওয়া হয়—যেমন প্রেডনিসোলোন ট্যাবলেট 5-10 মিলিগ্রাম করে দিনে তিনবার 4 সপ্তাহ যাবৎ এবং এর পর অল্প মাত্রায় 1-2 মাস। অ্যানিমিয়ার জন্যে লৌহ প্রয়োগের প্রয়োজন হতে পারে।

হে ন কৃ ব র্ণি ত উ দ র দে শী য় পা র পি উ রা হল আর এক ধরনের অতিসংবেদনশীলতা ঘটিত পারপিউরা যাতে উপরে বর্ণিত সবকটি অথবা যে-কোন একটি লক্ষণ উপস্থিত থাকতে পারে। প্রধান লক্ষণ হল প্রচণ্ড কলিক যা খাদ্যের সঙ্গে সম্পর্কহীন। সঙ্গে থাকে কোষ্ঠকাঠিন্য অথবা উদরাময় ও রক্ত ক্ষরণ অথবা রক্ত মিশ্রিত মল। প্রচণ্ড বমি হতে থাকে যার সঙ্গে রক্তপাত হতে পারে কিংবা নাও পারে। অন্ত্রের শ্লেষ্মাঝিল্লীর নিচে, বিশেষ করে ইলিয়ামের নিম্নাংশে রক্ত ক্ষরণ হয়ে টিউমারের উদ্ভব হতে পারে। অবস্থাটি অন্ত্রের কোন অংশ সংলগ্ন অংশের মধ্যে ঢুকে যাওয়া (ইণ্টাসাসেপসন) বলে ভুল হওয়া সম্ভব। কখনো কখনো সেই উপসর্গ

সৃষ্টি কিংবা অস্ত্র ফুটো হয়ে যাওয়াও বিচিত্র নয়। রোগ নির্ণয় করা হয় পারপিউরার কয়েকটি দাগ অথবা অন্য কোন ধরনের স্ফোটক কিংবা প্রস্রাবে লোহিত কণিকার উপস্থিতি মারফৎ। কয়েক বছর অন্তর আক্রমণ ঘটতে পারে। চিকিৎসা করা হয় শোনলিয় বর্ণিত পারপিউরার মত একই পদ্ধতিতে ; তবে কলিকের জন্যে অহিফেন প্রয়োগের প্রয়োজন হতে পারে।

স্কা র্ভি তে (§ 560) সন্ধির কাছে পেরিয়স্টিয়ামের নিচে পুঁজহীন বেদনাদায়ক স্ফীতির উদ্ভব হয়ে থাকে, কিন্তু সন্ধি আক্রান্ত হয়না। স্পঞ্জের মত মাড়ি থেকে রক্তপাত, অ্যানিমিয়া এবং স্কার্ভির অন্যান্য লক্ষণ থেকে রোগটি চেনা যায়।

হি মো ফি লি য়া য় (§ 561) সাধারণত আক্রান্ত হয় বৃহৎ সন্ধিগুলি। সন্ধি আক্রান্ত হয় সন্ধি-গহ্বরে ক্ষরিত রক্ত সঞ্চিত হওয়ার জন্যে এবং ঘটনাটি ঘটে আকস্মিক কোন আঘাতের পর। প্রায়ই পুনরাক্রমণ ঘটে এবং শেষ পর্যন্ত সন্ধিটি অনড় হয়ে যায়। রোগ নির্ণয় করা হয় রক্ত ক্ষরণের এবং পারিবারিক ইতিহাস মারফৎ। রোগের সূত্রপাত হয় সাধারণত 7 থেকে 14 বছর বয়সে এবং আক্রান্ত হয় শুধু ছেলেরা।

তী ব্র লি উ কি মি য়া র প্রাথমিক পর্যায়ে সন্ধিগুলি আক্রান্ত হওয়ার লক্ষণ প্রাধান্য পেতে পারে। স্ফীতি সামান্য, কিন্তু প্রচণ্ড ব্যথায় সন্ধির সচলতা সীমাবদ্ধ হয়ে যায় এবং জ্বরও হয় ; ফলে তীব্র বাত ব্যাধির সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয়ে অসুবিধা ঘটে। ব্যথা হতে পারে সন্ধির অভ্যন্তরে পারপিউরা ঘটিত মৃদু রক্ত ক্ষরণের জন্যে। অচিরে কিংবা কিছু পরে পারপিউরা ঘটিত অক্ষিপটের প্রদাহ, সর্বাঙ্গীণ পারপিউরা, লসিকা গ্রন্থিগুলির স্ফীতি এবং প্লীহা বড় হওয়া থেকে রোগটি চেনা যায়। এক্স্-রে পরীক্ষায় অস্থি-প্রান্তগুলি দেখায় ঘষা কাচের মত। রক্ত পরীক্ষার ছবিটিও বৈশিষ্ট্যপূর্ণ।

VIII. **আঘাত জনিত তীব্র সাইনোভিয়া-প্রদাহ** নির্ণয় করা যায় আঘাতের ইতিহাস থেকে। তবে মনে রাখা দরকার যে বহু সর্বাঙ্গীণ ব্যাধি প্রক্রিয়া—যেমন গেঁটেবাত অতি সামান্য আঘাতেই উদ্দীপিত হয়ে থাকে এবং শিশুদের ক্ষেত্রে আঘাতের ইতিহাস না-পাওয়াও সম্ভব।

IX. **সন্ধির মধ্যে সবিরাম জল সঞ্চয়** সম্ভবত এই গোষ্ঠীভুক্ত। প্রাপ্তবয়সে কিছুকাল অন্তর হাঁটু ফুলে ওঠে যা রোগী আগে থেকেই বুঝতে

পারেন। জ্বর হয়না, সন্ধিটি লাল কিংবা গরমও হয়না। এর কারণ সম্পর্কে সঠিক কিছু বলা যায়না। কেউ কেউ বলেন অ্যালার্জি থেকে এর উৎপত্তি, কিন্তু কোন কোন ক্ষেত্রে পরবর্তী কালে এ থেকে রিউম্যাটয়েড ব্যাধির উদ্ভব হয়ে থাকে।

পৌনঃপুনিক বাতব্যাধি সন্ধির মধ্যে সবিরাম জল সঞ্চয়েরই অনুরূপ। এক বা একাধিক সন্ধিতে বারবার তীব্র ব্যথা ও স্ফীতির উদ্রেক হয়। পার্থক্য নির্ণয় করা হয় সম্পূর্ণ অনিয়মিত আক্রমণ, অনেক বেশি ব্যথা ও উষ্ণতা বোধ এবং যে-কোন সন্ধি আক্রান্ত হওয়ার ঘটনা থেকে। বড় বড় আঘাতের সঙ্গে এর উৎপত্তির কিছু সম্পর্ক আছে বলে সন্দেহ করা হয়। একই সন্ধি বারবার আক্রান্ত হওয়া সত্ত্বেও কোন স্থায়ী ক্ষতি সাধিত হয়না। চিকিৎসা লক্ষণভিত্তিক; পূর্ণ নিরাময়ের কোন পথ আজও খুঁজে পাওয়া যায়নি।

X. অস্থির মুক্ত প্রান্তের প্রদাহ কিংবা অস্থি ও মজ্জা প্রদাহ অথবা শৈশবে আঘাতজনিত অন্য কোন অস্থিপীড়া সম্প্রসারিত হয়ে সন্ধিতে তীব্র প্রদাহ সৃষ্টি করতে পারে। জ্বর ও অন্যান্য সর্বাঙ্গীণ বিশৃঙ্খলার কারণটি সঠিকভাবে অনুধাবন করতে না পারলে সেই গুরুতর অবস্থাটি দৃষ্টি এড়িয়ে যেতে পারে।

(b) অনতিতীব্র ও দীর্ঘস্থায়ী সন্ধিপীড়া

কিছু সন্ধিপীড়ার কায়িক নিদর্শন এবং ইতিহাস প্রায় একই রকম, আবার কোন কোনটির সঠিক শ্রেণীবিন্যাস করে সঠিক গোষ্ঠিভুক্ত করা প্রায় অসম্ভব।

মধ্যবয়সী অথবা বয়স্ক কোন ব্যক্তি এক বা একাধিক সন্ধিতে ক্রমবর্ধমান ব্যথার অভিযোগ করছেন। সন্ধিটি নাড়ালে অনমনীয়তা এবং কর্কশ ঘর্ষণ অনুভব করা যায়, কিন্তু কোন সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ নেই। ব্যাধিটি সম্ভবত অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ।

§ 598. I. **অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ** (osteoarthritis) হচ্ছে সন্ধির একটি অবক্ষয়ী ব্যাধি যা ক্রমবর্ধমান এবং দেখা দেয় সাধারণত মধ্য ও শেষ বয়সে। রোগটি এক বা একাধিক সন্ধিকে আক্রমণ করে এবং দেহের যে-কোন সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে। চল্লিশোর্ধ্ব অধিকাংশ লোকেরই এক্স্-রে পরীক্ষায় এই রোগটি দেখা যায়, কিন্তু লক্ষণ প্রকাশ পায় সামান্য কয়েক জনের। উদাহরণ স্বরূপ, বৃহৎ একদল লোকের মধ্যে শতকরা 90 জনের এক্স্-রে ছবিতে দেখা গেল পরিবর্তন ঘটেছে, কিন্তু লক্ষণ ছিল শতকরা মাত্র 5 জনের। সুতরাং লক্ষণ যদি থাকে, সেগুলি অস্থি ও অস্থি-সন্ধির প্রদাহ জনিত কিংবা অন্য কারণ প্রসূত কি না সে-সম্পর্কে সুনিশ্চিত হওয়ার গুরুত্ব আছে।

ল ক্ষ ণ : (1) ব্যথা হয় সন্ধিটি সচল হওয়ার সময় এবং তার পর। যেমন, জানুর ব্যথা না হাঁটলে অনুভূত হয়না। ব্যথার উগ্রতা সামান্য ঢিমে টনটনে অথবা প্রচণ্ড তীক্ষ্ণ হতে পারে। সে-ব্যথা স্থানীয়ভাবে সন্ধিতে সীমাবদ্ধ থাকে, আবার কখনো সন্নিহিত পেশীতে ছড়িয়ে পড়ে, অথবা স্নায়ুমূল বা স্নায়ুকাণ্ড দিয়ে দূরান্তরে পরিবাহিত হতে পারে। (2) বিশ্রামের পর অথবা প্রথম বিছানা ছেড়ে ওঠার সময় সন্ধিটি মনে হয় শক্ত হয়ে আছে। (3) রোগী নিজে অথবা পরীক্ষক সন্ধিটি নড়ানোর সময় মড়মড় কড়কড় শব্দ শোনা যায়। (4) এলাকাটি ফুলে ওঠে, গরম বোধ হয়, টিপলে বেদনাবোধ জাগে। (5) সন্ধিস্ফীতির কারণ সন্ধি-গহ্বরস্থ সাইনোভিয়া-ঝিল্লী পুরু হয়ে যাওয়া অথবা গহ্বরের মধ্যে তীব্র রস নিঃসরণ ; এছাড়া বৃহৎ কোন সন্ধির কাছে পেশী ও সংযোজক কলার অন্তর্বর্তী স্থলে রস সঞ্চয় হওয়াও সম্ভব। (6) বিশেষ করে জানুর মত বৃহৎ সন্ধির কিনারায় অস্থির ওষ্ঠাকার বিকৃতি ও উদ্গত অংশ অনুভব করা যায়। ওষ্ঠাকৃতি অংশ উদ্ভবের কারণ সন্ধির

কিনারায় তরুণাস্থির ঝালরগুলির কায়বৃদ্ধি হওয়া; এগুলি ক্যালসিয়ামে রূপান্তরিত হয়ে সৃষ্টি করে অস্থির উদ্গত ফলক (osteophytes)। (7) ব্যাধি যতই অগ্রসর হতে থাকে সন্ধির সচলতা সীমাবদ্ধ হয়ে পড়ে—প্রধানত পেশীর আক্ষেপের জন্যে অথবা সন্ধির চতুর্দিকে আসঞ্জনের কারণে, কখনো বা স্থানীয় পরিবর্তনের পরিণতি হিসাবে। পেশী ও লিগামেন্টের দুর্বলতা থেকে যথেষ্ট বিকৃতি ঘটতে পারে; আবার অস্থিপ্রান্ত অবশোষিত হয়ে স্থানচ্যুতি, এমনকি হ্রস্বতা সৃষ্টিও সম্ভব। এ-ব্যাধিতে কোন সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ প্রকাশ পায়না। রোগীকে দেখলে মনে হয় বেশ শক্তসমর্থ। রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহের চেয়ে এক্ষেত্রে পেশীর অবক্ষয় কম, কিন্তু বেদনাদায়ক সন্ধির চতুর্দিকে পেশীর আক্ষেপের ফলে সচলতা আরও কমে যায়। সঙ্কোচন ও হ্রস্বতা প্রাপ্তি এবং অচলতা সৃষ্টি হয়না। কটিদেশ ও জানুর সন্ধি-প্রদাহে আক্রান্ত ব্যক্তির বয়স বাড়ার সঙ্গে সঙ্গে তিনি আরও অচল হয়ে পড়েন এবং ফলে ওজন বৃদ্ধি পায়।

আক্রান্ত সন্ধিগুলির অবস্থান ও প্রকৃতি অনুসারে লক্ষণের তারতম্য হয়ে থাকে:

1. জানু আক্রান্ত হয় সাধারণত মহিলাদের—বিশেষ করে মধ্যবয়সী গৃহস্থবধুদের। ওজন বেশি হলে অবস্থার অবনতি ঘটে। হাঁটা এবং নিচে নামার সময় বেদনাবোধ হয়, সন্ধিটি শক্ত হয়ে যায়, হঠাৎ অবশ হয়ে যেতে পারে। এলাকাটি সুগম হওয়ায় স্ফীতি, উষ্ণতা বোধ এবং ওষ্ঠাকার বিকৃতি সহজেই অনুভব করা যায়। এক্স্-রে পরীক্ষায় দেখা যায় সন্ধিস্থল অপরিসর হয়ে গিয়েছে, ক্রুসিয়েট ও প্যাটেলার লিগামেন্টে ক্যালসিয়াম সঞ্চিত হয়েছে। এই পরিবর্তন বেশি দেখা যায় প্যাটেলা ও ফিমারের সংযুক্তি এলাকায়। ঋতু নিবৃত্তিকালীন সন্ধি-প্রদাহ এরকম একটি বিশেষ ধরনের লক্ষণযুক্ত যা নিচে বর্ণনা করা হয়েছে।

2. নিতম্ব-সন্ধি-প্রদাহে বেশি আক্রান্ত হন পঞ্চাশোর্ধ্ব পুরুষরা যার ফলে তাঁরা যথেষ্ট পঙ্গু হয়ে পড়েন। কটিদেশীয় অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ একদিকে কিংবা দুদিকেই হতে পারে এবং দেহের অন্য কোন সন্ধি আক্রান্ত না হতেও পারে। বারবার সামান্য আঘাত (বিশেষ করে ঘোড়ার পিঠ থেকে পড়ে যাওয়া), পার্থে (Perthe) বর্ণিত ব্যাধি, কক্সা ভেরা[1],

(1) **Coxa vera**—ফিমারের গ্রীবাদেশ নিচের দিকে বেঁকে যাওয়া

পুরান সংক্রমণ কিংবা টিউবারকুলোসিস অথবা অস্থির মুক্তপ্রান্তের প্রদাহ থেকে এর উৎপত্তি। ব্যথা সবচেয়ে বেশি অনুভূত হয় কুঁচকিতে, তবে উরুর বহিরাংশ বেয়ে সে-ব্যথা জানুতে পরিবাহিত হতে পারে। সায়াটিকার সঙ্গে এ-ব্যথার পার্থক্য নির্ণয় করা হয় ব্যথার অবস্থান এবং সন্ধির সচলতা হ্রাস বিচার করে। সচলতা প্রথমে ব্যাহত হয় সন্ধিটি ঘোরানোর সময়; এর পর সবরকম সচলতাই দুঃসাধ্য ও বেদনাদায়ক হয়ে পড়ে, উরু বাইরের দিকে ঘুরে যায় এবং হাঁটাচলার সময় রোগী আক্রান্ত দিকে দেহভার ঝুঁকিয়ে সেই দিকেই ভর দেন। শীর্ণতা সীমাবদ্ধ থাকে নিতম্ব ও উরুদেশীয় পেশী-গুলিতে; আক্রান্ত অঙ্গটি ছোট হয়ে যেতে পারে।

3. বারবার গেঁটেবাতের আক্রমণে এক বা উভয় পদ-বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের কূর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলক-সন্ধির (মেটাটারসাল ও ফ্যালাংক্স্) প্রদাহ হয়ে থাকে। ফলে বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠটি শক্ত ও অনড় হয়ে যায়।

4. এক বা উভয়দিকে হাতের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের মণিবন্ধাস্থি ও কূর্চাস্থির সন্ধিটি (কার্পাল ও মেটাকার্পাল) বেদনাদায়ক, আলগা ও কর্কশ হয়ে পড়ে, অস্থির ওষ্ঠাকার বিকৃতি অনুভব করা যায়।

5. গ্রীবাদেশীয় মেরুদণ্ডের সন্ধি-প্রদাহের (spondylosis) সাধারণ কারণ হল কশেরুকার চাকতি (disc) পিছনদিকে ও পাশের দিকে উদ্গত হওয়া এবং সময় বিশেষে সন্ধিস্থলের কায়িক পরিবর্তন। এর ফলে অস্থির উদ্গত অংশের দ্বারা কশেরুকার ছিদ্রটি অপরিসর হয়ে যায়। ঘটনাটি ঘটে তৃতীয় থেকে সপ্তম গ্রীবাদেশীয় কশেরুকা এলাকায়—বিশেষ করে পঞ্চম ও ষষ্ঠ এবং ষষ্ঠ ও সপ্তম কশেরুকার অন্তর্বর্তী স্থলে। প্রথম দিকে রোগী ঘাড় শক্ত হয়ে যাওয়ার অভিযোগ করেন এবং পরীক্ষায় দেখা যায় গ্রীবার সচলতা সীমিত হয়ে গিয়েছে। কিছু কিছু ক্ষেত্রে গ্রীবাদেশীয় স্নায়ুকাণ্ডে আসঞ্জন ও চাপ পড়ার জন্যে গ্রীবা চালনায় ব্যথার উদ্রেক হয়, মস্তিষ্কের সম্মুখাংশে অথবা গ্রীবার নিম্নাংশে কিংবা বাহুতে ঢিমে টনটনে অথবা জ্বালাকর ব্যথা হয়; সঙ্গে অস্বস্থকর অনুভূতি জাগে, এমনকি কর্মোদ্দীপক ক্রিয়াকলাপ নষ্ট হয়ে যায় (§ 1004)।

6. এক্স্-রে ছবিতে দেখা যায় অধিকাংশ বয়স্ক ব্যক্তির বিশেষ করে সপ্তম থেকে দশম কশেরুকার অন্তর্বর্তী স্থলে পৃষ্ঠদেশীয় মেরুদণ্ডের সন্ধি-প্রদাহ রয়েছে (dorsal osteoarthritis)। পরবর্তী কালে কশেরুকাগুলি কীল-

কাকার হয়ে যাওয়ার ফলে কুব্জতা সৃষ্টি হয় এবং চাকতি উদ্গত হলে নিম্ন-পৃষ্ঠদেশীয় স্নায়ুকাণ্ডের (lower dorsal nerve roots) শাখা-প্রশাখা বেয়ে বেদনার উদ্রেক হয়ে থাকে।

7. কটিদেশীয় মেরুদণ্ডের সন্ধি-প্রদাহেও সৃষ্টি হয় একই অবস্থা যা তৃতীয় ও পঞ্চম কটিকশেরুকার মধ্যে বিশেষভাবে লক্ষণীয়। ফলে কটিদেশের নিম্নাংশে এবং সায়াটিক স্নায়ুতে ব্যথা হয়।

8. সাধারণ রূপ : এ-অবস্থায় মেরুদণ্ড সহ দেহের অধিকাংশ সন্ধিই আক্রান্ত হতে পারে। হাতে বিশেষ করে আক্রান্ত হয় দূরবর্তী অঙ্গুলি-নলক-সন্ধি এবং বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের কূর্চাস্থি-সন্ধিগুলি। সেগুলি থরথর করে এবং ওষ্ঠাকার বিকৃতি ঘটে—রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহের মত মাকুর আকৃতি-বিশিষ্ট স্ফীতির উদ্ভব হয়না।

অ ন্যা ন্য প্র কৃ তি :

হে বা র ডে ন ব র্ণি ত গু টি : এগুলি হল অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহের সবচেয়ে সাধারণ রূপ। দেহের অন্যান্য এলাকায় সন্ধি-প্রদাহ ছাড়াই এগুলির আবির্ভাব হয়ে থাকে। মহিলাদের মধ্যে এই ব্যাধির প্রতি বংশ-গত প্রবণতা লক্ষ্য করা যায় এবং পুরুষদের মধ্যে বিরল। অস্থির উদ্গত অংশ এই গুটিগুলি হাতের দূরবর্তী অঙ্গুলিনলক-সন্ধির পাশে সমভাবে অবস্থান করে। সাধারণত এগুলি বেদনাহীন, তবে বেদনাদায়কও হতে পারে এবং আঙ্গুলে অসাড়তা ও শিহরণ সৃষ্টি করে। সময় সময় সঙ্গে থাকে সামান্য বারসা-স্ফীতি। রোগের অগ্রসর অবস্থায় শেষ অঙ্গুলিনলকগুলি রেডিয়াসের দিকে তীব্রভাবে বেঁকে যায়।

ঋ তু নি বৃ ত্তি কা লী ন সন্ধি-প্রদাহের উদ্ভব হয় মহিলাদের 40-55 বছর বয়সে এবং প্রধানত আক্রান্ত হয় জানু, কিছুটা কম ক্ষেত্রে মণিবন্ধ ও আঙ্গুলের সন্ধি। প্রাথমিক অবস্থায় সাইনোভিয়া-প্রদাহের জন্যে সন্ধিটি ফুলে ওঠে, ব্যথা হয় ; জানুতে ব্যথা হয় ভিতরের দিকে। পরে অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহ জনিত পরিবর্তন ঘটতে পারে। সাধারণত সঙ্গে থাকে মেদ-বাহুল্য, শক্ত উদরগাত্র ও ব্যথা এবং থাইরয়েড-ঘাটতি।

রো গ নি র্ণ য় : পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় অন্যান্য প্রকৃতির এক বা একাধিক সন্ধি-প্রদাহ এবং সন্ধির চতুর্দিকস্থ সেই সব ব্যাধির সঙ্গে যাতে কোমল টিস্যুও আক্রান্ত হয়ে পড়ে (§ 604)। অস্থি-সন্ধির প্রদাহে সন্ধির

সচলতা সবদিকেই সীমাবদ্ধ হয়ে যায়, কিন্তু কোমল টিস্যুর ব্যাধিতে সীমাবদ্ধতা ঘটে এক বা কয়েক দিকে। অন্যান্য প্রকৃতির একাধিক সন্ধি-প্রদাহে, বিশেষত রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহে ও গেঁটেবাতের অগ্রসর পর্যায়ে প্রায়ই অস্থি এবং অস্থিসন্ধির প্রদাহ হয়ে থাকে। নিছক অবক্ষয়ী ব্যাধিতে লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার এবং মেষ-রক্তকণিকার জোটবদ্ধতা স্বাভাবিকই থাকে। এক্স্-রে পরীক্ষা প্রায়ই রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে (চিত্র 175C)। যেমন, অস্থি ও অস্থিসন্ধি-প্রদাহে সন্ধির অভ্যন্তরে পরিসর কমে আসে এবং ক্যালসিয়ামে রূপান্তরিত অস্থিফলক বেশ স্পষ্টই দেখা যায়। পরবর্তী কালে বৃহৎ সন্ধিগুলিতে তরুণাস্থি ক্ষয় পেতে থাকে এবং সেই ক্ষয় পূরণের চেষ্টায় কঠিন হয়ে যায়। বিশেষ করে কশেরুকাগুলি আক্রান্ত হলে সম্মুখ-পশ্চাৎ ও পার্শ্বদেশীয় ছবির সঙ্গে বঙ্কিম দৃশ্যপটের (oblique view) একান্ত প্রয়োজন, কারণ তাতেই বোঝা যাবে কশেরুকা মধ্যস্থ ছিদ্র সঙ্কীর্ণ হয়েছে কি না।

উ ৎ প ত্তি ঃ অস্থি ও অস্থিসন্ধি-প্রদাহ মূলত একটি অবক্ষয়ী ব্যাধি যার জন্যে কখনো কখনো একে বলা হয় অবক্ষয়ী সন্ধি-প্রদাহ। এর আংশিক কারণ সন্ধির জরাগ্রস্ততা। বৃহৎ কিংবা বারংবার ছোট ছোট আঘাতে সেই প্রক্রিয়া আরও ত্বরান্বিত হয় এবং সেই কারণেই যাঁরা কায়িক শ্রমসাধ্য কাজ করেন তাঁদের সংশ্লিষ্ট পেশীগুলি আক্রান্ত হয়ে থাকে। যদি মেদবাহুল্য থাকে এবং ত্রুটিপূর্ণ দেহভঙ্গির জন্যে যদি অস্বাভাবিক টান পড়ে সেক্ষেত্রে কটিদেশীয় মেরুদণ্ডের, নিতম্বের এবং জানুর সন্ধি-প্রদাহ আরও বৃদ্ধি পায়। শ্রান্তি, অতিশ্রম, অনিদ্রা এবং বিষক্রিয়ার প্রভাবে দেহভঙ্গির বিকৃতি বৃদ্ধি পাওয়ার কারণে লক্ষণ প্রকাশ পেতে পারে।

প্রাথমিক পরিবর্তন ঘটে সন্ধির তরুণাস্থিতে যা বিশ-ত্রিশ বছর বয়সেই নরম হয়ে আসে ; আবার ছোট ছোট অংশগুলি ফলকে রূপান্তরিত হওয়ার কারণে জানু অনড় হয়ে যায়। পরবর্তী পর্যায়ে সন্ধিটি প্রধানত যেদিকে সচল, তরুণাস্থির সেইদিকে খাঁজ সৃষ্টি হয়, এবং আরও পরে যে-সব জায়গায় সবচেয়ে বেশি চাপ পড়ে সেই অংশগুলি ক্ষয় পেতে থাকে। তরুণাস্থির সানুদেশীয় সন্ধিতে রক্ত-প্রবাহ বৃদ্ধি পায় এবং সেই অংশটি যেখানে সন্ধি সৃষ্টিতে অংশ গ্রহণ করেছে সেখানে উদ্ভব হয় অস্থিকাঠিন্য ; ক্ষয়িষ্ণুতা অংশটিকে কঠিন ও মসৃণ করে তোলে। ইতিমধ্যে সন্ধির তরুণাস্থির কিনারায় কায়বৃদ্ধি ঘটে এবং পরে সেগুলি ক্যালসিয়ামে রূপান্তরিত হয়ে

অস্থিফলকে পরিণত হয়। সন্ধি-গহ্বরে সাইনোভিয়া-ঝিল্লীর কায়বৃদ্ধি হয়ে সৃষ্টি করে একাধিক ভিলাস বা বহিস্তকের উদ্গত অংশ এবং তার সঙ্গে বৃদ্ধি পায় সন্ধিরস; পরবর্তী কালে সেগুলি তন্তুতে পরিণত হয়। কতকগুলি রক্তনালীবহুল এলাকায়, বিশেষত ফিমারের শিরদেশে সিষ্টের উদ্ভব হয়ে সেগুলি সন্ধিতে সংযুক্ত হতে পারে। অনুমান করা হয়, সাইনোভিয়া-ঝিল্লী থেকে ক্যালসিয়ামে রূপান্তরিত বিচ্ছিন্ন ভিলাসগুলি থেকেই সৃষ্টি হয় কতকগুলি ছোট ছোট আলগা বহিরাগত বস্তু বা 'সন্ধি-মূষিক' (joint mice)।

পূর্বাভাস: প্রথম থেকেই চিকিৎসা করলে সাময়িক উপশম হলেও সাধারণভাবে বলতে গেলে ব্যাধিটি ক্রমবর্ধমান। বৃদ্ধদের কটিদেশীয় সন্ধি-প্রদাহ সাধারণত অতীব অবাধ্য; তুলনায় মহিলাদের ঋতুনিবৃত্তিকালীন জানু-সন্ধির প্রদাহ অনেক বেশি নিরাময়যোগ্য। পঙ্গুত্ব খুব বেশি না হলেও নিম্নাঙ্গের সন্ধি-প্রদাহে আক্রান্ত রোগীরা পাছে জানু অচল হয়ে যায় এই আশঙ্কায় চলাফেরা করতে ভয় পান। অস্বাভাবিক জোরাজুরি ও চাপ পরিহার করলে—যেমন মেদবাহুল্য ও ত্রুটিপূর্ণ দেহভঙ্গি সংশোধন করতে পারলে এবং সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি হলে সন্ধির পরিবর্তন ঘটা সত্ত্বেও লক্ষণগুলির উপশম হতে পারে।

চিকিৎসা: সাধারণ ব্যবস্থা হিসাবে স্বাস্থ্যোন্নতির দিকে নজর দেওয়া দরকার। ওজন কিছুটা কমাতে পারলে ব্যথা এবং ব্যাধির ক্রমবৃদ্ধি যথেষ্ট কমানো সম্ভব। ঋতুনিবৃত্তিকালীন সন্ধি-প্রদাহে নিয়মিতভাবে অল্প মাত্রায় থাইরয়েড প্রয়োগ করলে আরও উন্নতি হতে পারে।

স্থানীয় ব্যবস্থাগুলি নিম্নরূপ:

(1) স্থানীয়ভাবে স্কট বর্ণিত পটি বা ড্রেসিং, কেয়োলিন পুলটিস এবং মেনথল ক্যামফর ও মিথিল স্যালিসিলেট যুক্ত পাতলা মলম (লিনিমেণ্ট্) ব্যবহার করা যেতে পারে। তাপ প্রয়োগেও উপকার পাওয়া যায়; তার জন্যে বিকীর্ণ তাপ, তড়িৎ সন্তাপন, প্যারাফিন মোমের গাহন কিংবা অব-লোহিত রশ্মি প্রয়োগ করা যায়। (2) অস্বাভাবিক জোর বা চাপ যথা-সম্ভব সংশোধন করতে হবে। ত্রুটিপূর্ণ দেহভঙ্গি ও পেশীর অবক্ষয় সংশোধনের উদ্দেশ্যে প্রতিকারযোগ্য ব্যায়ামে উপকার পাওয়া যায়। বিশেষ করে জানু ও কটিদেশীয় মেরুদণ্ডের অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহে এবং সমতলীয় পায়ের পাতা (flat foot), অবতল জানু ও অন্যান্য অস্থি-বিকৃতি সংশোধনের

জন্যে ব্যায়ামের একান্ত প্রয়োজন। (3) কোন সন্ধিতে অকস্মাৎ বেদনাবোধ হলে কিছুদিন শয্যাশায়ী অবস্থায় বিশ্রাম নিলে অথবা অনড়-ফলকে (splint) আটকে রাখলে ব্যথা কমে যেতে পারে। (4) স্থানীয়ভাবে সন্ধির মধ্যে নির্বীজ প্রোকেন হাইড্রোক্লোর (শতকরা 2·0 ভাগ) ইন-জেকসনে উপকার পাওয়া যায়, কিন্তু হাইড্রোকর্টিসোন কিংবা প্রেডনি-সোলোন একবার কি বড়জোর দুবারের বেশি প্রয়োগ করা উচিত নয়। (5) ব্যথা কমানোর জন্যে ক্ষেত্রবিশেষে গভীর রঞ্জন রশ্মি (deep x-ray) প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়। (6) বেদনানাশক হিসাবে বিভিন্ন অ্যাস-পিরিন যৌগ, ফিনিলবুটাজোন, কখনো কখনো ক্লোরোকুইন খাওয়ানো সম্পর্কে § 597 অনুঅধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে। মুখ দিয়ে কর্টিকো-স্টেরয়েড প্রয়োগের যৌক্তিকতা খুবই কম। (7) অস্ত্রচিকিৎসাতেও উপকার হয়। বিশেষ করে কটিদেশের অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহের অগ্রসর অবস্থায় আজকাল নানা ধরনের পুনর্গঠন-অস্ত্রচিকিৎসার প্রচলন হয়েছে। একটি মাত্র সন্ধি দুরন্ত পীড়াগ্রস্ত হলে এবং প্রচণ্ড ব্যথার উদ্রেক হলে যদি অন্য কোন চিকিৎসায় কাজ না হয় সেক্ষেত্রে অস্ত্রচিকিৎসা দ্বারা সন্ধির পুনঃস্থাপন করা উচিত।

কোন মহিলার হাতের আঙুলের সন্ধিগুলি শক্ত হয়ে গিয়েছে, ব্যথা হচ্ছে, ফুলে উঠেছে; অচিরে বৃহৎ সন্ধিগুলিও আক্রান্ত হয়ে পড়ে। অবস্থা ক্রমেই বৃদ্ধি পেতে থাকে এবং তার সঙ্গে সর্বাঙ্গীণ লক্ষণেরও উদ্ভব হয়। সম্ভবত মহিলাটি রিউম্যাটয়েড ব্যাধিতে আক্রান্ত।

§ 597. II রিউম্যাটয়েড ব্যাধি ঃ

রিউম্যাটয়েড ব্যাধি একটি দেহতন্ত্রীয় অবস্থা (systemic disease) যাতে সন্ধির অভ্যন্তর এবং চতুর্দিক প্রদাহপীড়িত হয়ে থাকে। এ-ব্যাধির প্রধান লক্ষণগুলি সন্ধি-সম্পর্কিত হলেও বর্তমানে একে ভ্রূণাবস্থার সংযোজক কলার ব্যাধি বলে গণ্য করা হয়—যাতে অস্থি, পেশী, টেনডন, ফ্যাসা[1], সাইনো-ভিয়া[2], বারসা[3] প্রভৃতি অস্থি-সম্পর্কিত টিসুগুলি, ফুসফুস, প্লুরা, হৃৎপিণ্ড,

1. Fascia—পেশী সংযোজক পটি; 2. Synovia—সন্ধি-গহ্বরস্থ চটচটে তরল পদার্থ; 3. Bursa—ক্ষুদ্র থলি।

পেরিকার্ডিয়াম এবং কখনো কখনো প্লীহা ও চক্ষু প্রভৃতি বহু দেহযন্ত্র আক্রান্ত হয়ে থাকে। পুরুষদের তুলনায় মহিলারা আক্রান্ত হন পাঁচগুণ বেশি। অতীতের আদর্শ উদাহরণ হিসাবে 20 থেকে 45 বছর বয়স্কা মহিলাদের পরিবর্তে আজকাল তরুণ, মধ্যবয়সী, এমনকি বৃদ্ধদের মধ্যেও সমভাবে প্রথম আক্রমণ ঘটতে দেখা যাচ্ছে। বর্তমানে গ্রেট ব্রিটেনে এটি একটি সাধারণ ব্যাধি ; সাম্প্রতিক এক সমীক্ষায় দেখা যাচ্ছে প্রতি 1000 প্রাপ্তবয়স্কের মধ্যে 4 জন আক্রান্ত।

সূচনাটি তীব্র, অনতিতীব্র অথবা দীর্ঘস্থায়ী প্রকৃতির হতে পারে। তীব্র রূপটি (§ 594) তীব্র বাত ব্যাধির অনুরূপ, তবে স্যালিসিলেট খাওয়ানো সত্ত্বেও স্ফীতি অনমনীয় থেকে যায় এবং পরে সুনির্দিষ্ট চরিত্র গ্রহণ করে। সবচেয়ে সাধারণ হল অনতিতীব্র রূপ। কখনো কখনো আগাগোড়াই দীর্ঘস্থায়ী রূপ নিয়ে থাকে যাতে কয়েক বছরের মধ্যে আঙ্গুলগুলি ক্রমেই বিকৃত হয়ে যায় এবং অস্থি ও সন্ধি ক্ষয় পেতে থাকে, অথচ রোগী ব্যথার কোন অভিযোগ করেন না।

ল ক্ষ ণ : (1) প্রায়ই প্রথমে দেখা দেয় কিছু সঙ্কেতবাহী লক্ষণ— মাসাধিক কাল ধরে অক্ষুধা, অত্যধিক শ্রান্তি, পেশী ও সন্ধির স্বল্পস্থায়ী ব্যথা এবং ওজন হ্রাস। আবার কারও কারও কুর্চাস্থির প্রদাহ, টেনডন ও তার আবরণীর প্রদাহ, কাঁধের বহিরাবরণী বা ক্যাপসিউল-প্রদাহ কিংবা গোড়ালিতে ব্যথা হওয়ার ইতিহাস থাকে।

(2) এরপর শুরু হয় সন্ধি-প্রদাহের বিভিন্ন লক্ষণের যে-কোন একটি : (i) সাধারণত আক্রান্ত হয় দ্বিতীয় বা তৃতীয় করাঙ্গুলিতে সামনের সারির অঙ্গুলিনলক-সন্ধি। অচিরে অন্যান্য অঙ্গুলিনলক-সন্ধি এবং করকুর্চাস্থিগুলি পীড়িত হয়ে পড়ে—মোটামুটি দু-হাতেই, সমভাবে। (ii) কারও কারও প্রথম লক্ষণ প্রকাশ পায় পায়ের আঙ্গুলের অনুরূপ সন্ধিতে। উভয় প্রকৃতিতেই ব্যাধি শুধু হাতে এবং পায়েই সীমাবদ্ধ থাকতে পারে ; আবার কারও আক্রান্ত হতে পারে গুল্‌ফ্-সন্ধি (ankle), টারসাল-সন্ধি, জানু, এরপর কাঁধ এবং সবশেষে কটিদেশ। অর্থাৎ ব্যাধি অগ্রসর হয় প্রান্তদেশ থেকে। তা সত্ত্বেও প্রান্তীয় অঙ্গুলিনলক-সন্ধিগুলি সাধারণত অনাক্রান্ত থাকে—যদিও কশেরুকা সমূহের অন্তর্বর্তী সন্ধিগুলি আক্রান্ত হতে পারে। (iii) কোন কোন ক্ষেত্রে প্রথমে পীড়িত হয় মণিবন্ধ, জানু বা গুল্‌ফের মত বৃহৎ কোন

সন্ধি এবং তার কয়েক সপ্তাহ, কয়েক মাস কিংবা বছরকয়েক পরে অন্যান্য সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয়ে পড়ে।

ব্যাধির সক্রিয় পর্যায়ে ঘুম ভেঙ্গে ওঠার কয়েক ঘণ্টা পর পর্যন্ত সন্ধিগুলি শক্ত হয়ে থাকে। এর পরই নড়ালে ব্যথা করে, ফুলে ওঠে, চাপ দিলে বেদনাবোধ জাগে, চতুর্দিকস্থ এলাকার তুলনায় উষ্ণতর বোধ হয় এবং ক্রমে আক্রান্ত সন্ধির সচলতা সীমাবদ্ধ হয়ে আসে। স্ফীতির উদ্ভব সাইনোভিয়া এবং সন্ধির চতুর্দিকস্থ এলাকার সম্মিলিত প্রদাহ থেকে; তার আকৃতি তাই মাকুর মত। সন্ধি-গহ্বরের মধ্যে পলিমরফো অধ্যুষিত চটচটে তরল পদার্থ সঞ্চিত হওয়ার জন্যে নড়াচড়ার সময় খরখরে শব্দ হয়না। সন্ধির চতুর্দিকস্থ টিস্যুগুলি নরম এবং দুর্বল হয়ে আসে বলে বিকৃতির উদ্ভব হয়ে থাকে; তার মধ্যে সবচেয়ে সাধারণ হল আঙ্গুলগুলি আলনা অস্থির দিকে বেঁকে যাওয়া। আক্রান্ত সন্ধির উপরে ও নিচে পেশীগুলি যথেষ্ট ক্ষয়প্রাপ্ত হয় যা প্রত্যঙ্গটি ব্যবহারের তুলনায় অনেক বেশি। এই সক্রিয় পর্যায়টি যদি উগ্র এবং দীর্ঘস্থায়ী হয় সেক্ষেত্রে সন্ধির সচলতা লক্ষণীয়ভাবে ক্ষুণ্ণ হতে পারে; তার কারণ চতুর্দিকস্থ টিস্যুর সঙ্গে সন্ধির আসঞ্জন এবং পেশীগুলির আনুষঙ্গিক সঙ্কোচন ও হ্রস্বতাপ্রাপ্তি, যার ফলে আংশিক সন্ধিচ্যুতি ঘটতে পারে অথবা সন্ধিটি আটকে গিয়ে অনড় হয়ে যেতে পারে।

(3) প্রাথমিক পর্যায় থেকেই প্রান্তীয় রক্ত সংবহন ক্ষীণ, হাত ও পায়ের পাতার ত্বক ঠাণ্ডা ও স্বেদাক্ত। পরবর্তী কালে ত্বক হয় চকচকে, ক্ষয়িষ্ণু এবং কাগজের মত। চারপাশ ঘেরা ফুটকির মত অথবা ছড়িয়ে পড়া ধরনের চাপড়ার মত রঞ্জক পদার্থের আবির্ভাব (pigmentation) সাধারণ ঘটনা; এগুলি বিশেষ করে দেখা দেয় মুখে, গ্রীবাদেশে, মণিবন্ধের ও পুরোবাহুর পিছন দিকে কিংবা সর্বাঙ্গে।

(4) প্রায়ই বারসায়, বিশেষ করে অলিক্রোনোন-এর বারসায় চেটাল পিণ্ডাকৃতি ত্বকনিম্ন গুটির উদ্ভব হয়; বৃহৎ বেদনাদায়ক পিণ্ডরূপে এগুলি বিশেষ করে পুরোবাহু ও আঙ্গুলের ত্বকনিম্ন টিস্যুতেও দেখা দিতে পারে।

(5) এপিট্রকলিয়ার[1], কুক্ষিদেশের এবং কুঁচকির যে-সব গ্ল্যাণ্ড মারফৎ আক্রান্ত সন্ধির রস নিঃসরণ হয়ে থাকে সেগুলি বড় হওয়া সাধারণ ঘটনা।

1. Epitrochlea—হিউমারাস অস্থির ভিতরের দিকে গোলাকার স্তূপ বা পিণ্ড

(6) সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলি বিশেষ করে উপস্থিত থাকে সক্রিয় পর্যায়ে। দৈহিক উষ্ণতা সাধারণত সন্ধ্যার দিকে স্বাভাবিকের উপরে—102-103° পর্যন্ত উঠতে পারে। নাড়ী দ্রুত এবং উষ্ণতার সঙ্গে সামঞ্জস্যহীন। সঙ্কেতবাহী পর্যায়ে উদ্ভূত অক্ষুধা এবং ওজন হ্রাস চলতেই থাকে। দেখা দেয় অ্যানিমিয়া—হিমোগ্লোবিন শতকরা 60-80 (হলডেন)।

(7) যে-সব লক্ষণ তুলনায় কম দেখা দেয় সেগুলি হল : ফুসফুসে অন্তর্বর্তী টিস্যুর দীর্ঘস্থায়ী নিউমোনিয়ার সঙ্গে তন্তুবৃদ্ধি অথবা ক্ষুদ্র শ্লোমশাখা-গুলির প্রদাহ অথবা মৌচাকের মত ফুসফুস কিংবা সজল অথবা শুকনো প্লুরিসি।

(8) হৃৎ-প্রদাহের কারণে হৃৎ-পেশী দুর্বল হয়ে পড়ে, কখনো কখনো অন্তরপ্রদাহ বা পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহের উদ্ভব হয়ে থাকে।

(9) মানসিক অবস্থা অবসাদগ্রস্ত, যা ব্যথা জনিত অনিদ্রার জন্যে আরও বৃদ্ধি পায়। বেশ কিছু মাসব্যাপী সক্রিয় পর্যায়ের পর রোগের তীব্রতা কমে যায়, কিন্তু কয়েক মাস বা কয়েক বছর পরে পুনরাক্রমণ ঘটতে পারে।

দীর্ঘস্থায়ী পর্যায়ে অতীতে আক্রান্ত সন্ধির সীমাবদ্ধ সচলতার অবশেষ এবং বিকৃতি কিছুটা থেকে যায়। ফলে জানু বাইরের দিকে পুরোপুরি বিস্তৃত হয়না অথবা ভিতরের দিকে সম্পূর্ণ ভাঁজ করা যায়না, আঙ্গুলগুলি স্থায়ীভাবে ভাঁজ হয়ে আলনার দিকে বেঁকে যায়, পায়ের পাতা সমতলীয় হয়ে যায় এবং আঙ্গুলগুলি পদকুর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলকের সংযোগস্থলে অত্যাধিক বিস্তৃত হয়ে যায় (extended); ফলে পায়ের পাতার গুল (ball of the foot) তৈরি হয় পদকুর্চাস্থিগুলির শিরদেশ দিয়ে, যেখানে কড়া পড়ে। রোগের অগ্রসর অবস্থায় দেখা দেয় আনুষঙ্গিক অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহ অথবা তন্তুজ বা অস্থি গঠিত অনড়তা।

রোগ নির্ণয় : কোন মহিলার রোগটি শুরু হওয়ার সময় যদি আন্তঃ-অঙ্গুলিনলক-সন্ধি কিংবা করকুর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলকের সংযোগ সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয় এবং অচিরে তা অন্যান্য এলাকাতেও ছড়িয়ে পড়ে, যদি সন্ধি-গুলিতে মাকুর মত স্ফীতির উদ্ভব হয়, লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হয়ে ওঠে এবং সঙ্গে যদি সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও প্রকাশ পায়, সে-রকম আদর্শ ক্ষেত্রে রোগ নির্ণয় সহজ। কিন্তু বৃহৎ কোন সন্ধিতে আক্রমণ শুরু হলে প্রথম দিকে সঠিক নির্ণয় ততটা সহজ নয়।

প্রকৃত রিউম্যাটয়েড ব্যাধির শতকরা 85-90টি ক্ষেত্রে রোজ-ওয়েলার (Rose Waaler) উদ্ভাবিত মেষ-রক্ত কণিকার জোটবদ্ধতা পরীক্ষা কিংবা তার আধুনিক সরলতর রূপে সিঙ্গার ও প্লজ (Plotz) উদ্ভাবিত লেটেক্স্ (latex)[1] পরীক্ষায় অস্তিবাচক ফল পাওয়া যায়। অন্যান্য কোলাজেন ঘটিত ব্যাধিতে, লিভারের সিরোসিসে, ক্ষতযুক্ত কোলাইটিসে, মায়েলোমেটোসিসে[2] এবং কিছু কিছু জ্বরে এই পরীক্ষার ফল হয় নিম্নতর শক্তি মাত্রায় (lower titre) অস্তিবাচক। এই অস্তিবাচক ফলের কারণ সম্ভবত রক্তে কোন বৃহদাকার গ্লোবিউলিনের উপস্থিতি যা তড়িৎচলন (ইলেকট্রোফোরেসিস) দ্বারা দ্রুত বিচরণকারী গামাগ্লোবিউলিনকে অনুসরণ করে থাকে। এই পরীক্ষা সর্বোচ্চ যে-শক্তি মাত্রায় (highest titre) অস্তিবাচক ফল দেয় এবং লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার কত বেশি হবে সেটা নির্ভর করে রিউম্যাটয়েড প্রক্রিয়ার অনুপাতে। অবশ্য বিরল ক্ষেত্রে রোগের অগ্রসর অবস্থাতেও লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার স্বাভাবিক থাকতে পারে।

গেঁটেবাত জনিত সন্ধি-প্রদাহ বেশি হয় পুরুষদের ; আক্রমণ তীব্র ধরনের—বিশেষ করে পায়ের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠে। আঙ্গুলটি লাল হয়ে ফুলে ওঠে, অত্যন্ত বেদনাদায়ক, কিন্তু কয়েক দিনের মধ্যেই উপশম হয়ে যায়। অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহের উদ্ভব হয় অজ্ঞাতে। সাধারণত আক্রান্ত হয় জানু বা নিতম্ব-সন্ধি এবং হয় শেষ বয়সে।

যে-কোন তীব্র সন্ধি-প্রদাহে গনোকক্কাস বা অন্য কোন সংক্রমণের কথা মনে রাখা উচিত।

ছাড়া-ছাড়া রক্তিম চাপড়াবিশিষ্ট লুপাস এরিথিমেটোসাসকে সহজেই তীব্র এবং অনতিতীব্র রিউম্যাটয়েড ব্যাধি বলে ভুল হতে পারে—বিশেষ করে সঙ্গে যদি সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ থাকে। উভয় ক্ষেত্রেই একাধিক সন্ধি আক্রান্ত হয়, স্যালিসিলেট খাইয়ে কাজ হয়না, কিন্তু কর্টিকোস্টেরয়েড প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়। যে-রোগীর ইতিমধ্যেই স্থানীয়ভাবে লুপাস এরিথিমেটোসাসের নিদর্শন দেখা দিয়েছে সে-ক্ষেত্রে রোগ নির্ণয় সুনিশ্চিত—যদিও ব্যাপারটি অস্বাভাবিক। কিছুদিনের জন্যে উভয় অবস্থার মধ্যে সঠিক পার্থক্য নির্ণয় অসম্ভব হতে পারে বিশেষ করে এই কারণে যে

---

1. latex—চারা গাছের দুধের মত রস। 2. মজ্জাকোষ গঠিত একাধিক টিউমার।

তালিকা XLVI. রোগ নির্ণয়ের তালিকা

সংক্রামক সন্ধি-প্রদাহ	দীর্ঘস্থায়ী গেঁটেবাত	রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহ	অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহ
নারী ও পুরুষ ; মধ্য-বয়স বা তারও পরে।	সাধারণত চল্লিশোধ্ব' পুরুষ।	প্রধানত 20-45 বছর বয়সের মহিলা।	নারী বা পুরুষ ; পুরুষের নিতম্ব, মহিলাদের জানু ; বয়স 40 থেকে 60।
হীনস্বাস্থ্য, ক্ষীণাঙ্গ, সূচনা অজ্ঞাতে।	সাধারণত পারিবারিক প্রবণতা। সূচনা আকস্মিক ও তীব্র, সঙ্গে প্রচণ্ড ব্যথা। সন্ধির উপর ত্বক রক্তিম, স্ফীত, শোথযুক্ত।	সাধারণত বংশগত প্রবণতা। সূচনা অনতিতীব্র বা অজ্ঞাত। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ জ্বর, অ্যানিমিয়া, ওজন হ্রাস।	সূচনা অজ্ঞাত ; ক্রমবর্ধমান। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ থাকেনা।
বৃহৎ সন্ধিগুলি—যেমন নিতম্ব, জানু, মণিবন্ধ, কনুই, কাঁধ ইত্যাদি আক্রান্ত হওয়ার প্রবণতা থাকে।	প্রথমে একটি মাত্র সন্ধি আক্রান্ত হয়—সাধারণত পায়ের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের কূর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলক-সন্ধি। সাধাণত এক একদিকে এক এক রকম।	সাধারণত একাধিক সন্ধি। টেম্পরো-ম্যাকসিলারী (হনু ও চোয়াল) সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে। ছোট ছোট সন্ধি থেকে শুরু করে বড়-গুলিতে ছড়িয়ে পড়ে। সাধারণত উপরের দিকে অঙ্গুলিনলক-সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয়। দুদিকেই এক রকম।	এক বা একাধিক সন্ধি আক্রান্ত হয়। টেম্পরো-ম্যাণ্ডিবুলার সন্ধি যদিবা আক্রান্ত হয়, তা বিরল ঘটনা।
সাইনোভিয়া-ঝিল্লী পুরু হয়ে যায়। সন্ধির চতুর্দিকে অস্থি পাতলা হয়ে যায় ও অসম বৃদ্ধি ঘটে।	সন্ধির চতুর্দিকে সোডিয়াম ইউরেট সঞ্চিত হয়। কানের তরুণাস্থিতে টোফির উদ্ভব হতে পারে। রক্তে ইউরিক অ্যাসিড বৃদ্ধি পায়।	মাকুর আকারবিশিষ্ট স্ফীতি, আলনার দিকে বেঁকে যায়, পরে কিছুটা অনড় হয়ে যায়। প্রথম দিকে ওষ্ঠাকার বৃদ্ধি ও অস্থি-ফলক সৃষ্টি হয়না।	প্রান্তীয় অঙ্গুলিনলকগুলি রেডিয়াসের দিকে বেঁকে যায়। ওষ্ঠাকার বৃদ্ধি ও অস্থিফলক লক্ষণীয়। তরুণাস্থি ও অস্থি অবশোষিত হতে পারে।

উভয় ক্ষেত্রেই লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার থাকে উচ্চ হারে এবং শতকরা 15-25টি রিউম্যাটয়েড ব্যাধির অগ্রসর অবস্থায় রক্তে "এল. ই" (L E) কোষ পাওয়া যায়। অবশ্য লুপাস এরিথিমেটোসাসে অস্থি-সন্ধির স্থায়ী পরিবর্তন যেমন অস্বাভাবিক, শ্বেত কণিকার সংখ্যাও হ্রাস পেয়ে থাকে; সেই তুলনায় রিউম্যাটয়েড ব্যাধির বৈশিষ্ট্য হল সাধারণত পলিমরফোবহুল শ্বেত কণিকার সামান্য সংখ্যাধিক্য।

সময় সময় একাধিক ধমনীর গুটিযুক্ত প্রদাহ একাধিক সন্ধির তীব্র প্রদাহের সঙ্গে শুরু হলেও অচিরে এই ছোট ছোট ধমনীপীড়ার অন্যান্য লক্ষণও প্রকাশ পায়।

এক্স্-রে পরীক্ষায় প্রথম দিকে কোন পরিবর্তন লক্ষিত হয়না; কিন্তু কিছুদিন পরেই সন্ধি-সংলগ্ন অস্থিপ্রান্তে দেখা দেয় ছিদ্রবাহুল্য, এবং এর পর সন্ধির পরিসর ছোট হয়ে আসে।

উ ৎ প ত্তি: আশু কারণটি অজ্ঞাত হলেও কতকগুলি অনুকূল অবস্থা চিহ্নিত করা গিয়েছে: (1) 17 শতাংশ ক্ষেত্রে বংশানুক্রমিক প্রবণতা লক্ষ্য করা যায় এবং তার মধ্যে শতকরা 20 জন আত্মীয়-পরিজনের রোজ-ওয়েলার পরীক্ষায় অস্তিবাচক ফল দেয় (তুলনায় রিউম্যাটয়েডগ্রস্ত নয় এরকম পরিবারে অস্তিবাচক ফল পাওয়া যায় 2-3 জন প্রাপ্তবয়স্কের); (2) শতকরা 10টি ক্ষেত্রে প্রকৃত বাতজ্বরের ইতিহাস থাকে; (3) অতিশ্রম ও মানসিক চাপ শুধু যে প্রথম আক্রমণ ঘটায় তা নয়, পুনরাক্রমণও ঘটিয়ে থাকে; (4) এই ব্যাধি সৃষ্টিতে অন্তঃক্ষরা ক্রিয়াকলাপের ভূমিকা আছে— যার ফলে ঋতুনিবৃত্তির পর এক বছরের মধ্যে শতকরা 20-25টি ক্ষেত্রে ব্যাধির উদ্ভব হয়ে থাকে; বর্তমানে এই ধরনের নতুন রোগী সবচেয়ে বেশি পাওয়া যাচ্ছে বয়স যাঁদের 45-54 বছরের মধ্যে। (5) রোগাক্রমণের আগে প্রায়ই দেহের প্রতিরোধ ক্ষমতা কমে যায়। দাঁতের শীর্ষদেশে এবং মূল-গহ্বরে পুঁজযুক্ত প্রদাহ, নাসাপথে ও নাসাস্থির গহ্বরে (antrum), সাইনাসে, কানে, গলায়, টনসিলে, পিত্তথলিতে কিংবা অন্ত্রনালীতে বীজাণুদূষণ, জরায়ু-মুখে দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহ, কোলনের প্রদাহ এবং ক্ষতযুক্ত অর্শ ইত্যাদি অবস্থা এই রোগ সৃষ্টির সহায়ক। কিন্তু এগুলি যে আসল কারণ নয় তার প্রমাণ এসবের চিকিৎসা করা সত্ত্বেও মূল ব্যাধির স্থায়ী নিরসন হয়না।

সন্ধিতে প্রথম ক্ষতি হয় সন্ধির চতুষ্পার্শ্বস্থ টিস্যুতে, সন্ধির

আরবণীতে এবং সন্ধি-গহ্বরস্থ সাইনোভিয়া-ঝিল্লীতে। সাইনো-ভিয়া-ঝিল্লীর সঙ্গে (সন্ধির) তরুণাস্থির সংযোগ স্থল থেকে দানাদার টিস্যুর উদ্ভব হয়ে ক্রমেই তা ছড়িয়ে পড়তে থাকে এবং শেষ পর্যন্ত সমগ্র তরুণাস্থি দানাদার টিস্যুতে রূপান্তরিত হয়ে যায়। একই সঙ্গে সন্ধিনিম্নস্থ অস্থি-টিস্যুতে রক্তনালীর আধিক্য ঘটে এবং অস্থিটি ছিদ্রবহুল হয়ে পড়ে।

পূ র্বা ভা স : রোগের সূচনার সময় রোগিণীর বয়স যত কম হবে, বয়স বাড়ার সঙ্গে সঙ্গে তত বেশি পঙ্গু হওয়ার সম্ভাবনা। আক্রমণের পর প্রথম বছরেই কার্যকর চিকিৎসা করা হলে কয়েক বছর পরে চিকিৎসা শুরু করার তুলনায় বেশি সুফল পাওয়া সম্ভব। রিউম্যাটয়েড ব্যাধি স্বয়ংসীমিত হওয়ার সম্ভাবনা থাকে এবং বেশ কিছু ক্ষেত্রে সন্ধির কোন স্থায়ী বিকার কিংবা লক্ষণীয় পঙ্গুত্ব ছাড়াই অক্রিয় হয়ে যায়। আবার কোন কোন ক্ষেত্রে অবিরাম সক্রিয় চিকিৎসা সত্ত্বেও রোগ বৃদ্ধি পেতে থাকে এবং শেষ পর্যন্ত রোগী একান্তই পঙ্গু হয়ে যান, এমনকি শতকরা 10 জন শয্যাশয়ী হয়ে পড়েন। স্টেরয়েড প্রয়োগে প্রায়ই ব্যথা কমে যায় যার ফলে ব্যাধি সক্রিয় থাকা কিংবা অকর্মণ্য হয়ে যাওয়ার, শয্যাশায়ী হওয়া কিংবা ঘরের মধ্যে চলেফিরে বেড়াবার পার্থক্য বোঝা যায়। কিন্তু তাতে সন্ধির ক্রমবর্ধমান অবক্ষয় প্রতিহত করা যায়না—যা একস্-রে ছবিতে ধরা পড়ে ; বরং ব্যথা কমে যাওয়ার জন্যে রোগী আক্রান্ত সন্ধিকে বেশি চালনা করতে উৎ-সাহিত হন বলে বিকৃতি আরও বৃদ্ধি পাওয়ার সম্ভাবনা থাকে। রোগটি স্বতঃই উপশম হতে পারে ; গর্ভাবস্থায় স্বাভাবিকভাবে এবং জণ্ডিসের আক্রমণের পর স্থায়ীভাবে নিরসন হওয়াও সম্ভব। উ প স র্গ হিসাবে অ্যামাইলয়েড ঘটিত ব্যাধির উদ্ভব লক্ষ্য করা গিয়েছে ; নিরবচ্ছিন্নভাবে প্রস্রাবে অ্যালবিউমিন পাওয়া গেলে সেই সন্দেহ করা উচিত ; কঙ্গো রেড সহযোগে পরীক্ষা কিংবা কিডনীর বায়োপ্সী করলে তার সমর্থন মিলতে পারে। কিছু পরিমাণে অস্থি ও মজ্জার প্রদাহ সব সময়ই ঘটে থাকে এবং সময় সময় তা উগ্র রূপ ধারণ করে।

চি কি ৎ সা : রোগের তীব্র অবস্থায় এবং পুনরাক্রমণে (a) শয্যাশায়ী থাকা অপরিহার্য এবং কিছুদিন হাসপাতালে ভর্তি হলে উপকারই হয়। ত্বক সক্রিয় রাখার জন্যে হালকা পরিধেয় ও নিয়মিত স্নান করা দরকার। খোলা

হাওয়ায় অথবা বিশেষ ধরনের কুটীরে রেখে চিকিৎসা করা সুবিধাজনক। (b) ব্যথা উপশমের জন্যে শয্যাশায়ী অবস্থায় বিশ্রামে থাকা এবং এক বা একাধিক বেদনানাশক ওষুধ ব্যবহার করা উচিত। এই উদ্দেশ্যে ক্যাল-সিয়াম অ্যাসপিরিন কিংবা অ্যাসপিরিন গ্লাইসিন-এর সঙ্গে কোডিন ট্যাবলেট অথবা ফিনাসিটিন ও অ্যাসপিরিন দেওয়া যেতে পারে। যাঁরা অ্যাসপিরিন সহ্য করতে পারেন না তাঁদের প্যারাসিটামল প্রয়োগ করা যায়। (c) দেহের ক্ষয় প্রতিরোধের জন্যে পথ্য হওয়া উচিত পর্যাপ্ত ও পুষ্টিকারক। যেমন, 10 স্টোন ওজনের রোগীকে দিতে হবে 2500 ক্যালরি-যুক্ত প্রচুর স্নেহ পদার্থ, দুধ, ডিম, ফল ও সবুজ শাকসবজি। প্রায়ই ক্ষুধামান্দ্য এবং গ্লুকোজের সহনশীলতা কম থাকে বলে খাওয়ার আগে দিনে দুবার 10 ইউনিট করে ইনসুলিন দেওয়া যেতে পারে। (d) সন্ধির বিকৃতি নিবারণের জন্যে রাত্রে অথবা 24 ঘণ্টাই উপযুক্ত অনড়-ফলক (splint) ব্যবহার করা উচিত। খুব বেদনাদায়ক ও স্ফীত সন্ধি কিছু দিন (10-14 দিন) প্লাষ্টার-অফ-প্যারিসের জ্যাকেটের মধ্যে পূর্ণ বিশ্রামে রাখলে উপকার পাওয়া যায়। উপরের বাহুকে রাখতে হয় সমকোণে, কনুই রাখা হয় সমকোণের চেয়ে একটু কম কোণাচে করে বা সূক্ষ্মকোণে, মণিবন্ধকে রাখা উচিত করতল একটু উঁচু করে ও পিছন দিকে হেলিয়ে, আর আঙ্গুলগুলিকে প্রায় বিস্তৃত অবস্থায় (extended)। নিতম্ব এবং জানুকে রাখা উচিত বিস্তৃত, পা-দুটি পিছন দিকে ভাঁজ অবস্থায়। ব্যথা কমে গেলে অবক্ষয় ও অনড়তা প্রতিরোধের জন্যে সংবাহন এবং অল্প মাত্রায় বৈদ্যুতিক তাপ (galvanic) প্রয়োগ করা যেতে পারে। (e) সংক্রমণের উৎসকেন্দ্র খুঁজে বের করে সেটি দূর করতে হবে এবং অস্ত্রচিকিৎসা করতে হলে পেনি-সিলিনের মত অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগের সঙ্গেই তা করা উচিত। (f) এই ব্যাধিতে ব্যাপকভাবে স্বর্ণ ঘটিত যৌগ (সোডিয়াম অরো-থিয়োম্যালেট)[1] ব্যবহার করা হয়েছে এবং তাতে উপকারও পাওয়া যায়—বিশেষ করে যদি রোগটি 12 মাসের কম সময়ব্যাপী হয়ে থাকে। অবশ্য তার আগে সংক্রমণের উৎসকেন্দ্রের বিরুদ্ধে যথোচিত ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে। এই ওষুধটির মাত্রা হল সপ্তাহে একবার 10 মিলিগ্রাম থেকে শুরু করে

1. Sodium Ourothiomalate.

ক্রমবর্ধমান হারে 100 মিলিগ্রাম পর্যন্ত—মোট 1·0 গ্রাম। লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার বেশি থাকলে 6-12 সপ্তাহ পরে দ্বিতীয় বা তৃতীয় দফায় ওষুধটি পুনঃপ্রয়োগের প্রয়োজন হতে পারে। তবে পূর্ববর্তী মাত্রা প্রয়োগের ফলে উদ্ভূত প্রতিক্রিয়া উপশমের আগেই যদি নতুন মাত্রা প্রয়োগ করা হয় সেক্ষেত্রে রোগীর অবস্থার অবনতি ঘটা সম্ভব। কাজেই প্রতিটি মাত্রা প্রয়োগের আগে মুখ-বিবরের প্রদাহ, ত্বকের স্ফোটক, প্রস্রাবে অ্যালবিউমিনের আবির্ভাব এবং দানাদার শ্বেত কণিকার ঘাটতি জনিত লক্ষণগুলি দেখা দিচ্ছে কি না সেদিকে নজর রাখা দরকার; সে-রকম লক্ষণ দেখা দিলে অবিলম্বে ওষুধটি বন্ধ করতে হবে। সাপ্তাহিক বৃহৎ মাত্রায় প্রয়োগ যাদের পক্ষে অসহনীয় তাঁদের খুব সতর্কভাবে ক্যালসিয়াম অরো-থিয়োম্যালেট দেওয়া যেতে পারে। এর বিষক্রিয়া কম; সাপ্তাহিক মাত্রা 50 মিলিগ্রামের বেশি হওয়া উচিত নয়; সাধারণত সপ্তাহে 5-10 মিলিগ্রাম হিসাবে মোট 1·0 গ্রাম পর্যন্ত সুসহনীয় হয়ে থাকে। (g) ফি নি ল-বু টা জো ন[1] একটি মূল্যবান বেদনানাশক যা দৈনিক 200-400 মিলি-গ্রাম মাত্রায় নিঃসন্দেহে সন্ধিব্যাধিকে সক্রিয়ভাবে অবদমিত করে—যদিও এই মাত্রাতেই বিষক্রিয়ার উদ্ভব হওয়া সম্ভব। (h) হেন্‌চ্ (Hench) ও তাঁর সহকর্মীরা 1949 সালে সর্বপ্রথম মেয়ো ক্লিনিকে ক র্টি কো স্টে র য়ে ড ও কর্টিকোট্রোপিন ইনজেকসন ব্যবহারের অভিজ্ঞতা বর্ণনা করেন। তখন থেকে এই ওষুধটির ব্যাপক প্রয়োগ হয়ে আসছে। রিউম্যাটয়েড ব্যাধিতে সুপ্রারেনাল (কিডনী-শীর্ষ) গ্রন্থির অক্ষমতার কোন প্রমাণ পাওয়া যায়নি এবং উপরিউক্ত ওষুধদুটি সন্ধিতে ও অন্যত্র নিছক প্রদাহবিরোধী হিসাবে কাজ করে থাকে। কয়েকদিন প্রয়োগের পর সন্ধির ব্যথা, স্ফীতি, এমনকি অনড়তা লক্ষণীয়ভাবে কমে যায়, ক্ষেত্রবিশেষে সম্পূর্ণ অদৃশ্য হয়ে যায়; একই সঙ্গে জ্বর ও স্বেদ ক্ষরণ উপশম হয়, লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার কমে যায়, ক্ষুধাবোধ ও অ্যানিমিয়ার উন্নতি ঘটে; ফলে অবসন্নতার পরিবর্তে দেখা দেয় উচ্ছলতা। মুখ দিয়ে সেব্য প্রেডনিসোলোন ও প্রেডনিসোন একই মাত্রার কর্টিসোন অ্যাসিটেট-এর চেয়ে চারগুণ শক্তি-শালী। মাত্রাটি হওয়া উচিত লক্ষণ উপশমের উপযোগী সবচেয়ে কম।

1. সম্প্রতি এই ওষুধটির বিরুদ্ধে বিরূপ মন্তব্য শোনা যাচ্ছে।

রোগের উগ্রতর অবস্থায় বৃহত্তর মাত্রার প্রয়োজন হয় বটে, কিন্তু দিনে ভাগ করে 15 মিলিগ্রামের বেশি প্রয়োগ করলে প্রায় অবধারিতভাবে অপ্রীতিকর, এমনকি অসহনীয় প্রতিক্রিয়ার উদ্ভব হয়ে থাকে। এই ওষুধটির প্রয়োগ উপরে বর্ণিত অন্যান্য ব্যবস্থার বিকল্প নয়। যে-রোগীকে একবার স্টেরয়েড দেওয়া হয়েছে, হঠাৎ তা বন্ধ করা উচিত নয় কারণ তাতে গুরুতর প্রতিক্রিয়া দেখা দিতে পারে। বহুক্ষেত্রেই স্টেরয়েড প্রত্যাহার করতে হয় ক্রমে ক্রমে, অন্যথায় আনুষঙ্গিক প্রতিক্রিয়া, চিকিৎসা সংক্রান্ত উপসর্গ ও ব্যর্থতা দেখা দিতে পারে। কেউ কেউ একক প্রয়োগের চেয়ে যৌথভাবে স্বর্ণ ও কর্টিকো-স্টেরয়েড ব্যবহার করে বেশি উপকার পেয়েছেন বলে জানা গিয়েছে। চিকিৎসা গবেষণা পরিষদের পক্ষ থেকে তুলনামূলক পরীক্ষার জন্যে একদল রোগীকে দেওয়া হয়েছিল দিনে 75 মিলিগ্রাম কর্টিসোন অ্যাসিটেট এবং অপর দলকে দিনে 4·5 গ্রাম অ্যাসপিরিন ; এক দুই তিন বছর পরে দেখা গেল লক্ষণ উপশমের দিক থেকে কিংবা হাত-পায়ের এক্স্-রে ছবিতে, লোহিত কণিকাদের থিতানোর হারে এবং হিমোগ্লোবিনের পরিমাপে বিশেষ কোন পরিবর্তন হয়নি। অ্যাসপিরিন যথেষ্ট সস্তা হওয়া সত্ত্বেও বেশ কিছু রোগী (শতকরা 25 জন) বৃহৎ মাত্রায় ওষুধটি সহ্য করতে পারেন না। সন্ধিমধ্যস্থ রস চোষণ দ্বারা বের করে ফেলে সেখানে হাইড্রোকর্টিসোন বা প্রেডনিসোলোন ইনজেকসন দিয়ে বেশ ভাল ফল পাওয়া গিয়েছে বটে, কিন্তু একবার কি দুবারের বেশি এইভাবে চিকিৎসা করার পর এক্স্-রে পরীক্ষায় দেখা গিয়েছে যে তাতে সন্ধির যথেষ্ট ক্ষতি হয়ে থাকে। (i) দিনে দুবার করে 250 মিলিগ্রাম মাত্রায় ক্লো রো কু ই ন ফ স ফে ট কিংবা তার চেয়েও কম বিষক্রিয় হাইড্রক্সি-ক্লোরোকুইন সালফেট 400 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে দুবার প্রয়োগ করে প্রথম তিন সপ্তাহে কোন সুফল পাওয়া যায়নি ; তবে আরও বেশি দিন ব্যবহার করলে অর্ধেকেরও বেশি ক্ষেত্রে লক্ষণগুলি অবদমিত থাকে এবং এক-চতুর্থাংশে সম্পূর্ণ নিরসন হয়। বিষক্রিয় প্রতিক্রিয়ার মধ্যে বমিভাব, শিরঃপীড়া, চুলকানি এবং কর্নিয়ার পরিবর্তনের কারণে আবছা দৃষ্টি লক্ষ্য করা যায়। (j) রিউম্যাটয়েড ব্যাধি প্রসূত অ্যানিমিয়া মুখ দিয়ে লোহা খাইয়ে নিরসন হয়না ; রক্তদানে সাময়িক উন্নতি হলেও কণিকাগুলি দ্রুত ধ্বংস হতে থাকে। এক্ষেত্রে সবচেয়ে ভাল কাজ করে লোহা ইনজেকসন। (k) স্থানীয়ভাবে তাপ

প্রয়োগে কিংবা মোম-গাহন দ্বারা প্রাকৃতিক চিকিৎসা এবং সক্রিয় ও অক্রিয় সঞ্চালন ব্যথা উপশমে সাহায্য করে, পেশীর অবক্ষয় কমিয়ে দেয় এবং সঙ্কোচন প্রসূত হ্রস্বতা (contracture) নিবারণ করে। রোগের সক্রিয় পর্যায়টি কেটে যাওয়ার পর ক্রমান্বয়িক ব্যায়াম এবং পটির মধ্যে ঝুলানো অবস্থায় (sling) সঞ্চালন দ্বারা সন্ধিকে আবার সক্রিয় করে তুলতে হবে; রোগীকে অচেতন করে বিকৃতি সংশোধন করতে হবে। এর পর জোরদার ব্যায়াম ও পুনর্বাসনের ব্যবস্থা করলে সাধারণ স্বাস্থ্যেরও উন্নতি হয়।

রিউম্যাটয়েড ব্যাধি ও সোরিয়াসিস (psoriasis) একটি সুপরিচিত অবস্থা। সন্ধি-প্রদাহ উদ্ভবের কয়েক বছর আগেই ত্বকে এবং নখে পরিবর্তন কিংবা একই সঙ্গে দুয়েরই আবির্ভাব ঘটতে পারে। সন্ধিতে যে-সব পরিবর্তন হয় সেগুলি রিউম্যাটয়েড ব্যাধিরই অনুরূপ, তবে পদকূর্চাস্থির সঙ্গে পদাঙ্গুলিনলকের সন্ধিগুলি প্রচণ্ডভাবে আক্রান্ত হতে পারে এবং ছোট ছোট অস্থিপ্রান্ত অধিকাংশই ক্ষয়প্রাপ্ত হয়। রোজ-ওয়েলার পরীক্ষা নিয়তই নাস্তিবাচক ফল প্রকাশ করে। চিকিৎসা রিউম্যাটয়েড ব্যাধিরই মত। কর্টিকোস্টেরয়েড প্রয়োগে সন্ধির উন্নতি ঘটলেও ত্বকের পরিবর্তনে কোন হেরফের হয়না।

ফেল্‌টি (Felty) বর্ণিত উপব্যাধি প্রাপ্তবয়স্কদের (সাধারণত 40-50 বয়স্কা মহিলাদের) একটি বিরল অবস্থা যাতে রিউম্যাটয়েড ব্যাধি প্রসূত সন্ধি সংক্রান্ত লক্ষণের সঙ্গে জ্বর হতে থাকে, প্লীহাটি বড় হয়, অ্যানিমিয়া দেখা দেয়, শ্বেতকণিকার সংখ্যা হ্রাস পায় এবং কখনো কখনো সর্বাঙ্গের লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হয়ে ওঠে। স্টেরয়েড প্রয়োগে সন্ধির ব্যাধি অবদমিত থাকে; প্লীহা অপসারণে অ্যানিমিয়ার উপশম হয়।

শিশুদের এক ধরনের প্রাপ্তবয়স্কদের অনুরূপ রিউম্যাটয়েড ব্যাধি দেখা যায় যাতে ডাঃ পি. এফ. স্টিল (Still) বর্ণিত একাধিক সন্ধি-প্রদাহের সঙ্গে থাকে বিবর্ণতা, জ্বর, শীর্ণতা এবং প্লীহা ও লসিকা গ্রন্থিগুলির কায়বৃদ্ধি। পার্থক্য শুধু ঘনঘন গ্রন্থিবৃদ্ধি ও প্লীহা বড় হওয়া। শতকরা 25টি ক্ষেত্রে হাত-পায়ে এবং পিঠে এক ধরনের ছোট ছোট ছোপবিশিষ্ট স্ফোটকের আবির্ভাব ঘটে এবং প্রাপ্ত-বয়স্কদের তুলনায় অক্ষিপীড়ার প্রকোপ বেশি। চিকিৎসা প্রাপ্ত-

বয়স্কদের মতই। দীর্ঘকাল ধরে প্রেডনিসোলোন প্রয়োগে লক্ষণগুলি যথেষ্ট কমে যায়।

তরুণ কিংবা মধ্যবয়সী কোন পুরুষের এক বা একাধিক বৃহৎ সন্ধি ব্যথার সঙ্গে ফুলে উঠেছে; কখনো কখনো ছোট ছোট গ্রন্থিও আক্রান্ত হতে পারে। আগে ইউরেথ্রা দিয়ে স্রাবের ইতিহাস থাকতে পারে এবং গনোকক্কাসের কমপ্লিমেণ্ট ফিকসেসন পরীক্ষা প্রবলভাবে অস্তিবাচক ফল প্রকাশ করে। অবস্থাটি সম্ভবত গনোকক্কাস ঘটিত দীর্ঘস্থায়ী সন্ধি-প্রদাহ।

§ 598. III. গনোকক্কাস ঘটিত দীর্ঘস্থায়ী সন্ধি-প্রদাহ:

তীব্র গনোকক্কাস সংক্রমণের কার্যকর চিকিৎসা আবিষ্কারের পর এই রোগটি বিরল হয়ে এসেছে। রোগটি সংক্রমণের বেশ কয়েক বছর পরে আত্মপ্রকাশ করতে পারে। এর কারণ পুরুষের ইউরেথ্রা কিংবা প্রষ্টেটে অথবা মহিলাদের জরায়ুমুখে দীর্ঘস্থায়ী সংক্রমিত উৎসকেন্দ্রের উপস্থিতি। রোগটি অন্যান্য সংক্রমণ প্রসূত সন্ধি-প্রদাহের অনুরূপ হতে পারে বটে, কিন্তু মনে না রাখলে কারণটি দৃষ্টি এড়িয়ে যাওয়া সম্ভব।

লক্ষণ: মহিলাদের তুলনায় পুরুষদের ক্ষেত্রে লক্ষণগুলি বেশি প্রকট। অতীতে জননেন্দ্রিয় থেকে স্রাবের ইতিহাস প্রায়ই থাকেনা। এক বা একাধিক সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে, কিন্তু শেষোক্ত ক্ষেত্রে রিউম্যাটয়েড ব্যাধির মত উভয় দিকে একই সন্ধি সমভাবে আক্রান্ত হওয়ার প্রবণতা দেখা যায়না। সাধারণত লক্ষণ দেখা দেয় এক বা উভয় জানুতে, গুল্ফ্-সন্ধিতে, মণিবন্ধে, কনুই কিংবা কাঁধে। তাছাড়া পীড়িত হতে পারে সেক্রাম ও ইলিয়াম-সন্ধি, চোয়াল-সন্ধি, স্টারনাম ও কণ্ঠাস্থির সন্ধি। আক্রান্ত সন্ধিতে ব্যথা হয়, উষ্ণতা বোধ হয়, ফুলে ওঠে এবং সাইনোভিয়া-প্রদাহের জন্যে টিপলে বেদনাবোধ জাগে। গুরুতর ক্ষেত্রে সন্ধির তরুণাস্থি, পেরিয়স্টিয়াম বা অস্থি-আবরণী এবং অস্থিবন্ধনী (লিগামেণ্ট) ধ্বংস হয়ে যেতে পারে এবং তখন এক্স্-রে ছবিতে দেখা যায় সন্ধিস্থান অপরিসর হয়ে গিয়েছে, অস্থিপ্রান্তগুলিতে ক্যালসিয়াম ক্ষয় পেয়েছে এবং শেষ পর্যন্ত অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ ঘটেছে। দৈহিক উষ্ণতা কখনো কখনো 102 ডিগ্রি ফারেনহাইট পর্যন্ত বৃদ্ধি পায়। গনোকক্কাসের সমর্থনে অন্যান্য লক্ষণ হল:

(i) টেনডনের আবরণীকলা (tendon sheath)—বিশেষ করে মণিবন্ধের উপরে ভাঁজ হওয়ার জন্যে নির্দিষ্ট টেনডনের আবরণীকলা আক্রান্ত হয়, অথবা আক্রান্ত হয় (ii) ফ্যাসা (পেশী সংযোগী তন্তু-পটি)—বিশেষত পদতলীয় ফ্যাসাগুলি (planter fascia)। (iii) সময় সময় টেণ্ডো-অ্যাকিলিসে ব্যথা হয়। (iv) অস ক্যালসিসের আবরণীকলা প্রদাহ-পীড়িত হতে পারে। (v) সন্ধিগুলি পীড়িত হওয়ার সময় কনীনিকা ও অক্ষিপক্ষ্মের প্রদাহ ঘটতে পারে (iridocyclitis)।

রো গ নি র্ণ য়: সিরামের অথবা সন্ধি-গহ্বরস্থ তরল পদার্থের কমপ্লিমেন্ট ফিকসেসন পরীক্ষার ফল তীব্রভাবে অস্তিবাচক হওয়া রোগ নির্ণয়ের সহায়ক। অনেক সময় মূল সংক্রমণ-কেন্দ্র নিঃসৃত পুঁজে গ্রাম নেগেটিভ যুগলকক্কাস পাওয়া বেশ দুষ্কর।

চি কি ৎ সা ব্যাধির তীব্র রূপেরই মত। কোন কোন ক্ষেত্রে একটি মাত্র পেনিসিলিন ইনজেকসনে নাটকীয় ফল পাওয়া যায়, একাধিক সন্ধি-প্রদাহে আক্রান্ত শয্যাশায়ী রোগী 3-4 দিনেই সুস্থ হয়ে ওঠেন। অবশ্য পেনিসিলিন-রোধী বীজাণু দ্বারা সংক্রমিত হওয়া অস্বাভাবিক নয়; সে-ক্ষেত্রে দীর্ঘকাল ধরে কেমোথেরাপী প্রয়োগের এবং § 594 অনুঅধ্যায়ে বর্ণিত অন্যান্য ব্যবস্থা গ্রহণের প্রয়োজন হতে পারে। আনুষঙ্গিক সংক্রমণ দূর করার ব্যাপারে প্রষ্টেট এবং জরায়ুমুখে বৈদ্যুতিক সন্তাপন সুফল দেয়।

এক বা একাধিক বৃহত্তর সন্ধিতে তীব্র ব্যথা ও স্ফীতি; রিউম্যাটয়েড ব্যাধি, গনোকক্কাস ঘটিত সন্ধি-প্রদাহ এবং গেঁটেবাতের সম্ভাবনা বাতিল করা হয়েছে। অনুসন্ধানে দেখা গেল সংক্রমণের একটি উৎসকেন্দ্র রয়েছে। ব্যাধিটি সম্ভবত দীর্ঘস্থায়ী সংক্রামক সন্ধি-প্রদাহ।

§ 599. IV. **দীর্ঘস্থায়ী সংক্রামক সন্ধি-প্রদাহ** পুঁজযুক্ত সন্ধি-প্রদাহের (§ 594) থেকে পৃথক এই কারণে যে এক্ষেত্রে সন্ধি-গহ্বর থেকে সংগৃহীত পদার্থে প্রায়ই কোন বীজাণুবর্ধন করানো যায়না এবং অবস্থাটি সাধারণত অনতিতীব্র অথবা দীর্ঘস্থায়ী। গনোকক্কাস ছাড়া অন্যান্য বীজাণু সংক্রমণই এর কারণ।

ল ক্ষ ণ: সাধারণত বৃহত্তর সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয় এবং আক্রান্ত হন

মধ্যবয়সী অথবা মধ্যবয়স অতিক্রান্ত পুরুষ ও নারী। আক্রমণ ঘটে এক বা একাধিক তীব্র রূপে অথবা প্রথম থেকেই শুরু হয় অজ্ঞাতে। সাধারণত প্রথমে আক্রান্ত হয় একটি সন্ধি, পরে অন্যরা। তীব্র পর্যায়ে তীব্র অথবা অনতি-তীব্র সাইনোভিয়া-প্রদাহের উদ্ভব হয়, সন্ধিটি ফুলে ওঠে, টিপলে বেদনাবোধ জাগে, নড়াচড়া করলে ব্যথা হয়। জ্বর হয় মাঝামাঝি মাত্রার, কখনো কখনো অ্যানিমিয়ার মত বিষক্রিয়ার অন্যান্য প্রমাণও পাওয়া যায়। রোগের অগ্রসর অবস্থায় দেখা দেয় অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ। সংক্রমণের উৎসকেন্দ্র থাকলে সহযোগী রিউম্যাটয়েড ব্যাধি উগ্র হয়ে ওঠে এবং গেঁটেবাতের আক্রমণ ঘটে।

রো গ নি র্ণ য়ঃ দীর্ঘস্থায়ী গেঁটেবাতের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় দুরূহ। তবে এক্ষেত্রে কোন "টোফি" থাকেনা, রক্তে ইউরিক অ্যাসিডের মাত্রা বৃদ্ধি পায়না, গেঁটেবাতের মত সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও দেখা যায় না।

অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ অনেক বেশি দীর্ঘস্থায়ী এবং ওষ্ঠাকার বিকৃতি ও অস্থির অন্যান্য বৈশিষ্ট্যপূর্ণ পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়।

রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহে একাধিক ছোট ছোট সন্ধি আক্রান্ত হওয়ার প্রবণতা থাকে এবং পরিবর্তনগুলি ঘটে সন্ধির চতুর্দিকে।

সংক্রামক সন্ধি-প্রদাহে একস্-রে পরীক্ষায় দেখা যায় আক্রান্ত সন্ধির চতুর্দিকে অস্থিপ্রান্তগুলিতে ক্যালসিয়ামের সার্বিক অবশোষণ ঘটেছে।

উ ৎ প ত্তি ঃ গনোকক্কাস ঘটিত এবং রীটার (Reiter) বর্ণিত ব্যাধি ছাড়া উৎপত্তির কারণ হতে পারে এক বা একাধিক দন্তশীর্ষে, টনসিলে বা নাসা-সাইনাসে এবং কখনো কখনো অ্যাপেনডিক্সে বা মহিলাদের শ্রোণী-গহ্বরস্থ উপাঙ্গগুলিতে স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত কোন গোপন সংক্রমণ-কেন্দ্রের উপস্থিতি। অন্যান্য কারণের মধ্যে দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতযুক্ত কোলন-প্রদাহ (যার সঙ্গে স্ট্যাফাইলোকক্কাসও থাকতে পারে), বীজাণু ঘটিত তীব্র আমাশা, ব্রুসেলা সংক্রমণ, টিউবারকুলোসিস ও সিফিলিস উল্লেখযোগ্য।

চি কি ৎ সা হিসাবে প্রথমে কারণটি খুঁজে বের করে তা দূর করতে হবে, সঙ্গে প্রয়োগ করতে হবে অ্যান্টিবায়োটিক।

§ 600. V. **দীর্ঘস্থায়ী গেঁটেবাত** সাধারণত দেখা দেয় পরপর কয়েকটি তীব্র আক্রমণের পর (§ 593) ; বিরল ক্ষেত্রে শুরু থেকেই

অনতিতীব্র অথবা দীর্ঘস্থায়ী রূপ নিয়ে থাকে। অতীতে তীব্র আক্রমণের সময় যে-সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয়েছিল সেগুলিই পীড়িত হয়ে পড়ে। সেগুলি শক্ত হয়ে যায়, সঞ্চালনে ব্যথার উদ্রেক হয়, হয়তো নতুন করে তীব্র আক্রমণের সম্মুখীন হয়। সময় সময় ত্বকের নিচে সোডিয়াম বাইয়ুরেট (খড়ি পাথর) দেখা যায় এবং সেগুলি সেখান থেকে ক্ষরিত হতেও পারে, যার ফলে দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতাঙ্ক অথবা সাইনাস সৃষ্টি হয়—যদিও সাধারণত সেগুলি দ্রুত নিরাময়যোগ্য। প্রায়ই আনুষঙ্গিক অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহের উদ্ভব হয়ে থাকে। রোগী সাধারণত মধ্যবয়সী পুরুষ, ঘন ঘন তীব্র বা অনতিতীব্র সন্ধি-ব্যাধিতে ভোগেন; সঙ্গে থাকে সর্বাঙ্গীণ ধমনীকাঠিন্য (বিশেষ করে হৃৎপিণ্ডের ও মস্তিষ্কের), উচ্চ রক্তচাপ, কখনো কখনো বদহজম, শিরা-প্রদাহ এবং ক্ষরণশীল ও অন্যান্য সংক্রমণের বিরুদ্ধে ক্ষীণ প্রতিরোধ শক্তি। প্রায়ই গেঁটেবাতের 'টোফি' উপস্থিত থাকে; এগুলি সন্ধিতে ও সন্ধির চারিপাশে সঞ্চিত সোডিয়াম বাইয়ুরেট-এর অনুরূপ এবং দেখা যায় বহিষ্কর্ণের প্রান্ত-দেশের কাছাকাছি তরুণাস্থিতে ও বারসার থলিতে। প্রস্রাবে মাঝে মাঝেই অ্যালবিউমেন দেখা দেয় এবং দীর্ঘস্থায়ী কিডনী-প্রদাহ উদ্ভবের সঙ্গে সঙ্গে তা নিরবচ্ছিন্ন রূপ নিয়ে থাকে।

রো গ নি র্ণ য়ঃ এই ব্যাধিকে অন্যান্য দীর্ঘস্থায়ী সন্ধি-প্রদাহের থেকে পৃথকভাবে চেনা সব সময় সহজ নয়। সাধারণভাবে দীর্ঘস্থায়ী গেঁটেবাত তাঁদেরই হয় যাদের পারিবারিক ইতিহাস আছে; বেশি হয় পুরুষদের। সঙ্গে থাকে মাঝে মাঝে তীব্র গেঁটেবাতের আক্রমণ, রক্তে ইউরিক অ্যাসিডের পরিমাণ শতকরা 4 মিলিগ্রামের বেশি (§ 597 অনুঅধ্যায়ে তালিকা দ্রষ্টব্য)। কানের তরুণাস্থিতে গেঁটেবাতের টোফি এবং সন্ধিগুলির উপর নিরাময় হয়ে যাওয়া সাইনাস রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে। বিশেষ করে হাতের ও পায়ের আঙুলের একস্-রে ছবিতে দেখা যায় সন্ধির কাছে অস্থিগুলি পাতলা হয়ে গিয়েছে, আর মাঝে মাঝে আছে ঈষদচ্ছ এলাকা যেখানে অস্থির পরিবর্তে সঞ্চিত হয়েছে কেলাসিত ইউরেট। পরবর্তী কালে অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহ জনিত পরিবর্তন দেখা দেয় (চিত্র 175a)।

পূ র্বা ভা সঃ যিনি সারা জীবন চিকিৎসা চালিয়ে যাননি অথবা চিকিৎসায় প্রতিরোধী যাঁরা, এমন রোগী যদি রোগের অগ্রসর অবস্থায় প্রথম দেখাতে আসেন, সেক্ষেত্রে পূর্বাভাস গুরুতর। অবস্থাটি নির্ভর করে তিনটি

ঘটনার উপর: (1) কিডনীর অবস্থা কি রকম এবং অক্ষমতা জনিত লক্ষণ দেখা যাচ্ছে কি না; (2) রক্তচাপ কতটা বৃদ্ধি পেয়েছে; (3) অ্যাঞ্জাইনা পেকটোরিস (বুকে ব্যথা, শ্বাসকষ্ট, মূর্ছা ইত্যাদি), করোনারী থ্রম্বোসিস জনিত ব্যথা অথবা হৃৎ-পেশীর অক্ষমতা আছে কি না। মৃত্যু হতে পারে ইউরিমিয়া, পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহ, প্লুরিসি অথবা মস্তিষ্কে রক্ত ক্ষরণের জন্যে।

চি কি ৎ সা বর্ণনা করা হয়েছে তীব্র গেঁটেবাতের সঙ্গে। বহুক্ষেত্রেই আধুনিক চিকিৎসা পদ্ধতির সাফল্য নির্ভর করে গেঁটেবাতের তীব্র আক্রমণ ও উপসর্গগুলি নিবারণ করার উপর। এছাড়া ত্বকে, অস্থিতে এবং কানের তরুণাস্থিতে সোডিয়াম বাইয়ুরেট সঞ্চয় প্রতিরোধ করা গেল কি না তাও সফল চিকিৎসার অন্যতম মাপকাঠি।

কোন তরুণ অভিযোগ করছেন, কয়েক সপ্তাহ বা কয়েক মাস যাবৎ তাঁর পিঠের নিচের দিকটায় কিংবা ঘাড়ে ব্যথা হচ্ছে, শক্ত হয়ে আসছে; পরীক্ষায় দেখা গেল, মেরুদণ্ডের সঞ্চালন লক্ষণীয়-ভাবে ব্যাহত হয়েছে এবং সঙ্গে আছে সাধারণ স্বাস্থ্যহানির লক্ষণ; অবস্থাটি সম্ভবত কশেরুকাগুলি প্রদাহের কারণে শক্ত ও অনড় হয়ে যাওয়া।

§ 601. VI. **কশেরুকা-সন্ধির প্রদাহ জনিত মেরুদণ্ডের বিকৃতি** (Spondilitis deformans):

অতীতে এই ব্যাধিটিকে রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহের অন্তর্ভুক্ত করা হত; বর্তমানে এর স্বতন্ত্র সত্তা স্বীকৃত। এ-রোগে দুই কশেরুকার অন্তর্বর্তী এবং পঞ্জরাস্থি ও কশেরুকার সংযোগ-সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয়—বিশেষ করে আক্রান্ত হয় সেক্রাম ও ইলিয়ামের সংযোগ-সন্ধি, কাঁধের ও নিতম্বের সন্ধি; কখনো কখনো বাহু ও পায়ের বৃহৎ সন্ধিগুলিও আক্রান্ত হতে পারে, কিন্তু বিরল ক্ষেত্র ছাড়া হাতের ও পায়ের আঙ্গুল ব্যাধিগ্রস্ত হয়না। এই সাধারণ ব্যাধিটি বেশ কিছুটা অকর্মণ্যতা সৃষ্টি করলেও দীর্ঘস্থায়ী পঙ্গুত্ব সৃষ্টি হয়না।

ল ক্ষ ণ: শুরু হয় সাধারণত বয়স যখন বিশের কোঠায়। মহিলাদের তুলনায় পুরুষরা দশগুণ বেশি আক্রান্ত হন। (1) সূচনায় পিঠে অথবা হাতে-পায়ে কয়েক মাস ধরে ব্যথা হয় অথবা প্রত্যঙ্গটি শক্ত হয়ে যায়; এই

পর্যায়ে জানু কিংবা গুল্‌ফ্‌-সন্ধি ফুলে উঠতেও পারে। (2) দ্বিতীয় পর্যায়ে পিঠে প্রচণ্ড ব্যথা হয়, পিঠ নাড়ানো যায়না। সাধারণত ঘটনাটি ঘটে মেরুদণ্ডের কটি ও ত্রিকাস্থিদেশীয় অংশে; নিতম্বে কিংবা সায়াটিক স্নায়ুর গতিপথেও ব্যথা হতে পারে। তুলনায় কিছু কম ক্ষেত্রে লক্ষণ প্রকাশ পায় মেরুদণ্ডের গ্রীবাদেশীয় অংশে। আগে হোক পরে হোক, মেরুদণ্ডের সমস্ত সন্ধিই আক্রান্ত হয় এবং পঞ্জরাস্থিগুলির স্নায়ু বেয়ে ব্যথা বক্ষ ও উদরদেশে পরিবাহিত হতে পারে—মনে হয় যেন প্লুরিসি কিংবা উদরের মধ্যে কোন বিকার ঘটেছে। সঙ্গে সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলিও প্রকট হয়ে ওঠে—রোগীকে বিবর্ণ ও অসুস্থ দেখায়, সন্ধ্যার দিকে প্রায়ই জ্বর হয়, ওজন কম যায়, দেখা দেয় ক্ষুধামান্দ্য এবং মাঝারি ধরনের অ্যানিমিয়া। মেরুদণ্ড পরীক্ষা করে দেখা যায় সচলতা যথেষ্ট ব্যাহত হয়েছে, নড়াচড়া করলে ব্যথার উদ্রেক হচ্ছে, কশেরুকার নিকটবর্তী পেশীগুলির আক্ষেপ হচ্ছে এবং কশেরুকার পিছন দিকে উদ্গত অংশ স্পাইনাস প্রসেসের উপর চাপ দিলে বেদনাবোধ জাগছে। এক বা একাধিক বৃহৎ প্রান্তীয় সন্ধি ফুলে ওঠে এবং ব্যথা হয়। (3) কয়েক বছর পরে মেরুদণ্ড ক্রমেই ভাঁজ হওয়া (আনত) অবস্থায় অনড় হয়ে পড়ে (যার জন্যে নামকরণ হয়েছে "অনমনীয় পৃষ্ঠদেশ বা poker back) ; রোগী পায়ের দিকে মুখ নামিয়ে দাঁড়াতে ও হাঁটতে বাধ্য হন। সামনের দিকে অনড়ভাবে ঝুঁকে থাকার (কুব্জ দেহের) জন্যে শ্বাস-প্রশ্বাস হয় প্রধানত বা সম্পূর্ণভাবে উদরের পেশী-নির্ভর—যার কারণ পঞ্জরাস্থি ও কশেরুকার সন্ধিগুলি অনড় হয়ে যাওয়া। নিতম্বে ও কাঁধে ঐ ধরনের পরিবর্তন ঘটলে ঐ সন্ধিগুলিও সম্পূর্ণ অনড় হয়ে যায়। একস্‌-রে করে সবচেয়ে ভাল পরিবর্তন দেখা যায় ত্রিকাস্থি ও ইলিয়ামের সন্ধিস্থলের ছবিতে। প্রথম অবস্থায় দেখা যায় অস্থির ছিদ্রবাহুল্য ঘটেছে, পরে আবার অস্থি-টিস্যুর দ্বারা পূরণ হয়েছে এবং সন্ধির পরিসর পরিবর্তিত হয়েছে। কশেরুকার সন্ধিগুলিতেও অনুরূপ পরিবর্তন ঘটে, কশেরুকাগুলির অন্তর্বর্তী চাকতির কিনারায় ও মেরুদণ্ডের লিগামেন্টে ক্যালসিয়াম সঞ্চিত হয়। শুরু থেকেই লোহিত কণিকার থিতানোর হার অত্যন্ত বৃদ্ধি পায়।

রো গ নি র্ণ য়ঃ প্রথম দিকে পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় প্রদাহমূলক তন্তুবৃদ্ধি, বারবার কটিবাতের আক্রমণ, পিঠের নিম্নাংশে টানধরা ব্যথা এবং কশেরুকার অন্তর্বর্তী চাকতিগুলি ব্যাধিগ্রস্ত হওয়ার সঙ্গে। একস্‌-রে ছবিতে

ত্রিকাস্থি-ইলিয়াম-সন্ধিতে পরিবর্তনের চিহ্ন এবং লোহিত কণিকাদের বর্ধিত থিতানোর হার রোগ নির্ণয়ের পক্ষে সহায়ক। ত্রিকাস্থি ও ইলিয়ামে যে অস্থিকাঠিন্য ঘটে তা শুধু মহিলাদের ক্ষেত্রে সীমাবদ্ধ (§ 461 দ্রষ্টব্য)।

উ ৎ প ত্তি : আজকাল আর রোগটিকে যৌনব্যাধি বলে মনে করা হয়না। রীটার (Reiter) বর্ণিত ব্যাধিতে এরকম কিছু কিছু পরিবর্তন ঘটে এবং তাতে কনীনিকা-প্রদাহ ও অনির্দিষ্ট কারণ প্রসূত ইউরেথ্রা-প্রদাহ সাধারণ ঘটনা। সন্ধির প্রাথমিক পরিবর্তন ঘটে সাইনোভিয়া-ঝিল্লীতে, যা পরে সন্ধির আবরণীতে (ক্যাপসিউলে) ছড়িয়ে পড়ে তন্তুর আধিক্য ঘটায় এবং পরে সেখানে ক্যালসিয়াম সঞ্চয় হয়। কতকগুলি ক্ষেত্রে রিউম্যাটয়েড ব্যাধির পারিবারিক প্রবণতা লক্ষ্য করা যায়। কিন্তু অনড় হয়ে আসা মেরুদণ্ডের প্রদাহ একটি পৃথক সত্তা—রোগটি প্রায়ই দেখা যায় তরুণদের মধ্যে, হাত-পায়ের ছোট ছোট সন্ধিগুলি খুব কমই আক্রান্ত হয়, ত্বকের নিচে গুটি দেখা যায়না কিংবা লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হয় না, কোষ ও টিস্যুর আকৃতি ভিন্ন প্রকৃতির এবং প্রান্তীয় রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহ না থাকলে রোজ-ওয়েলার পরীক্ষার ফল সাধারণত অস্তিবাচক হয়না ; শেষোক্ত ক্ষেত্রে ঐ পরীক্ষার ফল শতকরা 100 ভাগ ক্ষেত্রেই অস্তিবাচক হয়ে থাকে।

পূ র্বা ভা স : রোগটি শুধু যে অকর্মণ্যতা সৃষ্টি করে তাই নয়, কয়েক বছর ধরে মাঝে মাঝেই বেড়ে যেতে ও পুনরাক্রমণ ঘটতে পারে। শেষ পর্যন্ত অবশ্য রোগের সক্রিয় পর্যায়টির অবসান ঘটে। আক্রমণের সেই পর্বকালে রোগী হালকা পেশার কাজ নিতে পারেন। পঞ্জরাস্থি ও কশেরুকাদের সংযোগ-সন্ধি যখন আটকে অনড় হয়ে গিয়েছে এবং বুক দিয়ে নিঃশ্বাস নেওয়া অসম্ভব হয়ে পড়েছে সে-অবস্থায় ব্রঙ্কাইটিস ও ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া হওয়ার সম্ভাবনা যথেষ্ট বৃদ্ধি পায়।

চি কি ৎ সা : একাধিকবার অ্যাসপিরিন প্রয়োগে বেশ সুফল পাওয়া যায়। মুখ দিয়ে প্রেডনিসোলোন খাইয়ে এবং কর্টিকোট্রোপিন ইন-জেকসন দিলেও লক্ষণগুলি কমে যায়। এইভাবে লক্ষণ-নিয়ন্ত্রণযোগ্য নিম্নতম মাত্রাটি কয়েক বছর ধরে চালিয়ে যাওয়া যেতে পারে। রিউম্যাটয়েড ব্যাধির জন্যে ব্যবহার করা যায় ফিনিলবুটাজোন। লিউকিমিয়ার কিছু সম্ভাবনা থাকলেও স্থানীয়ভাবে গভীর এক্স্-রে প্রয়োগে বেশ কয়েক বছর আরাম পাওয়া সম্ভব।

ত্রিকাস্থি ও ইলিয়ামের অস্থিকাঠিন্য হয় শুধু তরুণীদের—বিশেষ করে গর্ভধারণের পর। প্রধান লক্ষণ হল পিঠে মৃদু ব্যথা, যা আসে আবার চলে যায়। মেরুদণ্ডের অন্যান্য সন্ধি আক্রান্ত হয়না এবং এক্‌স্‌-রে পরীক্ষায় দেখা যায় প্রথম দিকে ত্রিকাস্থি ও ইলিয়ামের সংযোগ-সন্ধির ইলিয়াম সীমান্তে ঘন অস্থিকাঠিন্যের উদ্ভব হয়েছে, কিন্তু সন্ধি-পরিসর স্বাভাবিকই আছে। চি কি ৎ সা : স্থানীয়ভাবে তাপ প্রয়োগ, বিকৃত দেহভঙ্গি পরিহার এবং কটিদেশ ও ত্রিকাস্থি ভাঁজ হওয়া অবস্থায় ভারী জিনিস না তোলা।

§ 602. VII. **সর্বাঙ্গীণ লুপাস ইরিথিমেটোসাস** (সমনাম : ছড়িয়ে পড়া ধরনের ত্বকের লালচে স্ফোটক) :

সাম্প্রতিক কালে এটি একটি সাধারণ ব্যাধি হিসাবে গণ্য হচ্ছে—বিশেষ করে দেখা যাচ্ছে মধ্যবয়সী ও বয়স্কা মহিলাদের মধ্যে। রোগটি অন্যান্য চর্মরোগের পরে দেখা দিতে পারে বটে, তবে বেশির ভাগ ক্ষেত্রে শুরু হয় সর্বাঙ্গীণ ব্যাধি হিসাবে।

ল ক্ষ ণ গু লি বিভিন্ন ক্ষেত্রে বিভিন্ন রকম। (1) শতকরা 90 জন রোগীর প্রথম অভিযোগ থাকে বিভিন্ন সন্ধিতে ব্যথা। সন্ধি ও পেশী টনটন করে (প্রদাহমূলক তন্তুবৃদ্ধির মত), সঙ্গে চলমান একাধিক সন্ধি-প্রদাহ হতে পারে ; অথবা নিতে পারে দীর্ঘস্থায়ী রূপ যাকে রিউম্যাটয়েড ব্যাধির সঙ্গে পৃথকভাবে চেনা দুষ্কর। (2) এর পর শুরু হয় দুরন্ত সব সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ—সন্ধ্যার দিকে খুব জ্বর হয়, প্রচুর ঘাম হতে থাকে, দেখা দেয় ক্ষুধামান্দ্য ও ওজন হ্রাস। (3) সাধারণত অ্যানিমিয়া লক্ষ্য করা যায় এবং তার সঙ্গে পলিমরফো কোষগুলির সংখ্যা হ্রাস পায়। কখনো কখনো দুরন্ত রক্তলয়ী অ্যানিমিয়ার উদ্ভব হয়ে থাকে। (4) ত্বকের পরিবর্তন হয় নানা ধরনের এবং সেগুলি হয় শেষের দিকে—যেমন পারপিউরা, ত্বকের নিচে রক্তপাত জনিত ছোট ছোট বিন্দুর আবির্ভাব, মুখের মধ্যে ঘা এবং তুলনায় কম ক্ষেত্রে স্ফোটকোদ্‌গম যেগুলি দেখতে লিকেন প্লেকাস (§ 637 III) বা সোরিয়াসিসের মত। শরীরের বিভিন্ন স্থানে কেশবিরল এলাকা দেখা দিতে পারে। (5) উপরতলীয় লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হয়, সময় সময় টিপলে বেদনাবোধ জাগে, কখনো কখনো লিভার ও প্লীহা বড় হতে পারে। (6) প্রায়ই

প্লুরিসির উদ্ভব হয়ে থাকে, কিন্তু বৃহৎ এলাকা জুড়ে জল জমা বিরল ঘটনা। ফুসফুসে ব্যাধিগ্রস্ত টিস্যু সঞ্চয় ও নিরেট হওয়ার ফলে শ্বাসকষ্ট দেখা দিতে পারে। (7) হৃৎপিণ্ড ও ধমনীগুলির পরিবর্তন হতে পারে নানা রকমের : হৃৎপেশীর ক্ষতি হওয়ার জন্যে হৃৎপিণ্ডের কায়বৃদ্ধি এবং অক্ষমতা ঘটে, পেরিকার্ডিয়াম-প্রদাহ এবং হৃৎপিণ্ডের অন্তরপ্রদাহ হওয়াও সম্ভব। আঙ্গুলের রক্তনালী রুদ্ধ হয়ে যাওয়ার জন্যে রেনড (Raynaud) বর্ণিত লক্ষণ দেখা দেয়, কখনো কখনো স্থানীয় গ্যাংগ্রিনেরও উদ্ভব হয়। (8) কিডনী আক্রান্ত হওয়ার ফলে প্রস্রাবে অ্যালবিউমিন দেখা দেয়, অণুবীক্ষণে দেখা যায় রক্তকণিকা ও কাষ্ট্। শোথ এবং পরে ইউরিমিয়ার আবির্ভাব সব সময়ই গুরুতর তাৎপর্য বহন করে। মৃগী রোগের মত সর্বাঙ্গীণ আক্ষেপ, একদিকের পক্ষাঘাত এবং মনোবিকারের কারণ মস্তিষ্কের ধমনীগুলির ক্ষতিগ্রস্ত অবস্থা। (9) পেটে ব্যথা, বমিভাব এবং বমিও হতে পারে।

রো গ নি র্ণ য় : প্রথম দিকে রোগ নির্ণয় খুবই দুষ্কর। সন্ধি সংক্রান্ত লক্ষণ, প্রবল জ্বর, রক্তের বীজাণু-বিশ্লেষণ পরীক্ষায় নাস্তিবাচক ফল, শ্বেত কণিকার সংখ্যা হ্রাস এবং ওয়েস্টারগ্রীন-পদ্ধতিতে লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার প্রথম ঘণ্টায় 100 মিলিমিটারের উপর উঠে যাওয়া এই ব্যাধির স্বপক্ষে প্রবল সন্দেহ জাগায়। (লোহিত কণিকাদের উচ্চ থিতানোর হারের সঙ্গে থাকে রক্তরসে অস্বাভাবিক পরিমাণে গামা গ্লোবিউলিন)। শতকরা 80-90টি ক্ষেত্রে রক্তে লুপাস ইরিথিমেটোসাস-কোষের উপস্থিতি রোগ নির্ণয়ে যথেষ্ট সাহায্য করে এবং পরীক্ষার নবতর পদ্ধতিতে অধিকতর ক্ষেত্রে অস্তিবাচক ফল পাওয়া যাচ্ছে। তবে অন্যান্য ব্যাধিতেও এই পরীক্ষার ফল অস্তিবাচক হয়ে থাকে (§ 1212)। কোষ ও টিস্যুর গঠনচরিত্র পরীক্ষায়—যেমন লসিকা পিণ্ডের ঐ পরীক্ষায় হয়তো দেখা যাবে কোন ক্ষুদ্র ধমনীগাত্রে ফাইব্রিন ঘটিত পচন ধরেছে এবং ধমনীর ছিদ্রটি সঙ্কীর্ণ হয়ে গিয়েছে। এই নিদর্শনটি রোগ নির্ণয়ের পক্ষে খুবই অনুকূল। ওয়াশারম্যান বিক্রিয়ায় অলীক অস্তিবাচক ফল বিভ্রান্তি সৃষ্টি করতে পারে।

উ ৎ প ত্তি : কারণটি নিশ্চিতভাবে বলা যায়না। বর্তমান অভিমত হল, রোগীর নিজ দেহের সংযোজক কলায় প্রায়শই উপস্থিত কোন একটি অ্যান্টিজেন থেকে সৃষ্টি হয় স্বতোৎসারিত বিরোধী পদার্থ (যা হাসিমোটো বর্ণিত থাইরয়েড প্রদাহের সঙ্গে তুলনীয়—§ 187)। তবে ক্ষেত্রবিশেষে

কোন ওষুধ প্রয়োগ থেকেও সৃষ্টি হতে পারে; এই ব্যাপারে অতীতে সালফোনিলামাইড-এর প্রতি যে সন্দেহ ছিল তা অমূলক; সম্ভবত দায়ী হতে পারে হাইড্রোলাথিন।

পূর্বাভাস: স্বাভাবিক গতি-প্রকৃতি হিসাবে ব্যাধিটি আপনা থেকেই সেরে যেতে পারে, মাত্র কয়েক সপ্তাহের মধ্যেই মৃত্যু হতে পারে, আবার কয়েক বছর পর্যন্ত জীবিত থাকাও সম্ভব। কেউ কেউ 10 বছর কিংবা তারও বেশি দিন বেঁচে থাকেন। কিডনী আক্রান্ত হলে পূর্বাভাস বেশি প্রতিকূল এবং ইউরিমিয়ার উদ্ভব কিংবা আনুষঙ্গিক সংক্রমণ সাধারণত প্রাণান্তক।

চিকিৎসা: কোন লক্ষণ না থাকলে চিকিৎসার প্রয়োজন নেই। কিন্তু তীব্র পর্যায়ে শয্যাশায়ী অবস্থায় বিশ্রামে থাকা উচিত। কর্টিকোট্রোপিন ইনজেকসন করলে কিংবা পূর্ণ মাত্রায় কর্টিকোস্টেরয়েড খাওয়ালে অবধারিতভাবে উপশম হয় বটে, কিন্তু ওষুধগুলি দীর্ঘকাল ধরে প্রয়োগ করতে হয় এবং পুনরাক্রমণে পুনঃপ্রয়োগ করা দরকার। সাম্প্রতিক কালে ক্লোরোকুইন ফসফেট, হাইড্রক্সিক্লোরোকুইন সালফেট এবং মেপাক্রিন হাইড্রোক্লোর ব্যবহার করে ভাল ফল পাওয়া যাচ্ছে এবং কেউ কেউ যৌথভাবে এগুলির সঙ্গে স্টেরয়েড প্রয়োগের সুপারিশ করেন।

VII. গুটিযুক্ত একাধিক ধমনী প্রদাহের লক্ষণ ও নিদর্শনগুলি প্রায় সর্বাঙ্গীণ লুপাস ইরিথোমেটোসাসেরই মত এবং এ থেকে অনতিতীব্র একাধিক সন্ধি-প্রদাহের (§ 98) উদ্ভব হতে পারে।

সায়োগ্রেন (Siogren) **বর্ণিত উপব্যাধি** রিউম্যাটয়েড জাতীয় একাধিক সন্ধি-প্রদাহের একটি বিরল কারণ। ব্যাধিটি হয় প্রধানত মধ্যবয়সী মহিলাদের। মুখ শুকিয়ে যায়, গলাধকরণে অসুবিধা হয়, নেত্রবর্ত্মের প্রদাহের সঙ্গে থাকে কর্ণিয়ার ও নাসা-ঝিল্লীর প্রদাহ। এর কারণ অজ্ঞাত, চিকিৎসাও হতাশাব্যাঞ্জক।

§ 603. টিউবারকুলোসিস, সিফিলিস, টেবিস ডরস্যালিস এবং স্নায়বিক বিশৃঙ্খলাতেও সন্ধিগুলি আক্রান্ত হয়ে থাকে।

টিউবারকুলোসিস ঘটিত সন্ধিব্যাধি: টিউবারকুলোসিসে সাধারণত আক্রান্ত হয় সাইনোভিয়া-ঝিল্লী, কিন্তু অস্থির সন্ধিপ্রান্ত থেকেও শুরু হতে পারে। এটি প্রধানত শিশুদের একটি মাত্র সন্ধির ব্যাধি।

লক্ষণ: শুরু হয় অজ্ঞাতে, তবে লক্ষণের উদ্ভব হতে পারে কোন আঘাতের পর। সাধারণত আক্রান্ত হয় জানু, আবার কখনো কখনো নিতম্ব; তবে সে-ক্ষেত্রেও অবটুরেটর স্নায়ু বেয়ে জানুতেই ব্যথা পরিবাহিত হতে পারে। যে-কোন সন্ধি আক্রান্ত হওয়া সম্ভব। শিশু সামান্য ব্যথার অভিযোগ করে এবং হয়তো একটু খুঁড়িয়ে চলে—অন্য কোন লক্ষণ দেখা দেওয়ার আগে এই অবস্থা চলতে পারে কয়েক সপ্তাহ বা কয়েক মাস। আক্রান্ত সন্ধিটি ফুলে ওঠে, বিবর্ণ দেখায়, আঙুল দিয়ে টিপলে ময়দার তালের মত এবং তরঙ্গায়িত মনে হয়। এই অবস্থায় চিকিৎসা না করলে পুঁজযুক্ত প্রদাহের উদ্ভব হয়। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ হিসাবে শুরু থেকেই সবিরাম জ্বর ও দুর্বলতা বোধ হয়।

কারণটি সাধারণত গো-যক্ষ্মার সংক্রমণ। প্রাপ্তবয়স্কদের দীর্ঘস্থায়ী সাইনোভিয়া-প্রদাহে চোষিত সন্ধিরসে প্রায়ই যক্ষ্মা বীজাণু চিহ্নিত করা যায়। গ্রেট ব্রিটেনে পাস্তুর পদ্ধতিতে দুধ শোধন প্রচলিত হওয়ার পর থেকে এই ব্যাধি আজকাল অনেক বিরল হয়ে এসেছে। তবে বয়সকালে রোগটি ঢের বেশি বিধ্বংসী রূপ নিতে পারে। অবহেলা করলে সন্ধিটি ব্যাপকভাবে ধ্বংস হয় এবং দেহের অন্যান্য প্রত্যঙ্গ যক্ষ্মাক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা থাকে।

চিকিৎসার জন্যে দীর্ঘকাল ধরে অবিরাম যক্ষ্মাবিরোধী বিশেষ ওষুধ-গুলি (§ 131) ব্যবহার করার সঙ্গে সঙ্গে আক্রান্ত সন্ধিটিকে প্লাষ্টার জ্যাকেটে বিশ্রামে রাখা হয়। পুষ্টিকর পথ্য এবং সূর্যালোক ও মুক্ত বায়ু একান্ত প্রয়োজন।

X. **সিফিলিস ঘটিত সন্ধিব্যাধি:** সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে (1) অনতিতীব্র প্রদাহের সঙ্গে সন্ধিটি লাল হয়ে ওঠে, ব্যথা হয়, অথবা (2) প্রায় বেদনাহীন রস সঞ্চয় হয়ে থাকে; তৃতীয় পর্যায়ে পার্থক্যমূলক বৈশিষ্ট্যগুলি হচ্ছে: (i) এক বা একাধিক সন্ধি আক্রান্ত হতে পারে। সাইনোভিয়া-ঝিল্লী আক্রান্ত হয়ে ময়দার তালের মত স্ফীতির উদ্ভব হয়; লিগামেণ্ট কিংবা তরুণাস্থিও পীড়িত হতে পারে। (ii) সন্ধিতে তীব্র প্রদাহের কোন নিদর্শন থাকে না, তবে কখনো কখনো রস সঞ্চয় হয়ে থাকে। (iii) ব্যথা দিনের বেলায় কম, কিন্তু রাতে বাড়তে পারে। (iv) সিফিলিসের অন্য নিদর্শনগুলি উপস্থিত থাকে। (v) বৃহৎ মাত্রায় পেনিসিলিন ইনজেকসন দিলে উপশম হয়। রোগটি শিশুদেরও হতে পারে।

XI. হিস্টিরিয়া প্রসূত সন্ধির বিশৃঙ্খলায় পেশী শক্ত ও অনড় হয়ে যায়। সাধারণত আক্রান্ত হয় নিতম্ব ও জানু। প্রায়ই শুরু হয় সামান্য আঘাতের পর। সন্ধিটি অনড় হয়ে যায়, টিপলে বেদনাবোধ জাগে (গভীর চাপের তুলনায় মৃদু স্পর্শেই বেশি ব্যথা লাগে), কখনোবা ফুলে যায়, স্থানীয় উষ্ণতা বৃদ্ধি পায়। কখনো কখনো সন্ধি সংক্রান্ত কোন কায়িক নিদর্শন আদৌ পাওয়া যায়না। সেরকম ক্ষেত্রে হয়তো পেশী শক্ত হয়ে যাওয়াই পঙ্গুত্বের প্রকৃত কারণ এবং নিতম্ব-সন্ধির ক্ষেত্রে সেই কারণটি হয়তো অলীক যক্ষ্মার আক্রমণ। রো গ নি র্ণ য় বেশ কঠিন এবং নিম্নোক্ত কার্যকারণগুলির উপর নির্ভরশীল: (1) রোগীকে অচেতন করে পরীক্ষা করলে ব্যাধির কোন প্রমাণ পাওয়া যায়না; (2) পঙ্গুত্বের অনুপাতে ব্যাধি প্রক্রিয়া অনুপস্থিত; (3) একস্-রে ছবিতে কোন পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়না। চি কি ৎ সা সম্পর্কে § 1173 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

XII. স্নায়বিক অসুস্থতা ঘটিত সন্ধিপীড়া (সমনাম: টেবিস ঘটিত সন্ধিপীড়া): বিরল হলেও সুষুম্নাকাণ্ডের দু-ধরনের ব্যাধিতে কখনো কখনো দীর্ঘস্থায়ী সন্ধিপীড়া হয়ে থাকে—একটি টেবিস ডরস্যালিস, অন্যটি সিরিঙ্গো-মায়েলিয়া। উভয় ব্যাধিরই প্রথম অবস্থায় সন্ধি-প্রদাহ হতে পারে—যখন স্নায়বিক লক্ষণ থাকে খুবই কম এবং ব্যথা, উষ্ণতা বৃদ্ধি অথবা রক্তিমাভা ছাড়াই অথবা বিশেষ কোন অসুবিধা ব্যতিরেকেই সন্ধির ব্যাপক ক্ষয়-ক্ষতি হতে পারে। একস্-রে ছবিতে দেখা যায় অস্থির প্রচণ্ড ক্ষয় হয়েছে, এমনকি সন্ধিচ্যুতি ঘটেছে।

টেবিস ডরস্যালিসে ব্যাধিগ্রস্ত সন্ধিকে বলা হয় "টেবিস ঘটিত সন্ধিপীড়া" অথবা শারকট (Charcot) বর্ণিত সন্ধিপীড়া (§ 1022), যাতে বিশেষ করে আক্রান্ত হয় পা-দুখানি। প্রধানত পেশা অনুসারে বিভিন্ন প্রত্যঙ্গ অসুস্থ হয়ে পড়ে—যেমন কামারের বাহু, সৈনিকের পা (চিত্র 254)। রোগী কোন ব্যথা অনুভব নাও করতে পারেন এবং কোন সাহায্য চাইবার আগেই সৃষ্টি হয় সন্ধির ব্যাপক বিশৃঙ্খলার সঙ্গে অস্থিতে নবকলায়ন। এরকম সব ক্ষেত্রেই তারারন্ধ্র, গুলফ্-সন্ধি ও জানু-সন্ধির ঝাঁকি পরীক্ষা করা উচিত।

সিরিঙ্গোমায়েলিয়ার বৈশিষ্ট্য হল পেশীর ক্ষয় এবং অসংলগ্ন অনড়তা। সন্ধি-প্রদাহ প্রায় সর্বদাই সীমাবদ্ধ থাকে শুধু বাহু ও পুরোবাহুতে।

রেনড (Raynaud) বর্ণিত ব্যাধিতে কখনো কখনো অনতিতীব্র বা দীর্ঘস্থায়ী সাইনোভিয়া-প্রদাহ হয়ে থাকে এবং সঙ্গে অস্থিক্ষয়।

ডায়াবিটিস মেলিটাসের সঙ্গে একাধিক স্নায়ু-প্রদাহ ও কোমল টিস্যুর সংক্রমণ প্রসার ঘটলে (যেমন কোন ক্ষত ফুটো হয়ে গেলে) কারকট বর্ণিত সন্ধিব্যাধির মত এমন অবস্থা সৃষ্টি হয় যাতে পদকূর্চাস্থিতে, গুলফাস্থিতে, কখনো কখনো গুলফ্-সন্ধি ও জানু-সন্ধিতে প্রদাহ হয়ে থাকে।

গ্রুপ III. সন্ধিবহির্ভূত বাতব্যাধি এবং পেশীর প্রাথমিক ব্যাধি

এখানে সন্ধি ছাড়া কঙ্কালের অন্যান্য ব্যাধিগ্রস্ত টিস্যুর অলোচনা করা হবে। সন্ধিতে কোন ব্যথা হয়না, ফুলেও ওঠেনা, কিন্তু ব্যথা হয় সন্ধির বাইরে—বিশেষ করে পেশীতে, টেনডনে, লিগামেন্টে, সাইনোভিয়ায়, বারসায়, পেশী-ঝিল্লী বা অ্যাপোনিউরোসিসে এবং অন্যান্য মধ্যস্তরীয় টিস্যুতে (mesodermal tissue)। প্রত্যঙ্গগুলিতে অন্যান্য § 578 অনুঅধ্যায়ে আলোচিত হয়েছে এবং প্রাথমিক স্নায়বিক ব্যাধি জনিত ব্যথার উৎপত্তি সম্পর্কে আলোচনা করা হবে ঊনবিংশ অধ্যায়ে।

I	সন্ধি বহির্ভূত বাতব্যাধি	§ 604
II	শরীর মনের বিকার জনিত বাতব্যাধি	§ 605
III	টিউমার	§ 605
IV	ট্রিচিনেলা ঘটিত ব্যাধি	§ 606
V	স্বতোৎসারিত পেশীর প্রদাহ	§ 606

§ 604. I. **সন্ধি বহির্ভূত বাতব্যাধি** আজও প্রদাহমূলক তন্তুবৃদ্ধি হিসাবে পরিচিত; কিন্তু জ্ঞানের পরিধি বাড়ার সঙ্গে সঙ্গে বোঝা যাচ্ছে যে এ-রোগের বিভিন্ন অবস্থাকে পৃথক করা যায়। যেমন প্রকৃত তন্তুকলার প্রদাহ বিরল বললেই চলে। যাইহোক, হাতে-পায়ে এবং দেহকাণ্ডে ব্যথার কারণটি যখন প্রায়ই অস্বচ্ছ, তাকে প্রদাহমূলক তন্তুবৃদ্ধি নাম দেওয়া সুবিধাজনক। এই গোষ্ঠিভুক্ত ব্যাধিগুলি গ্রেট ব্রিটেনে খুবই সাধারণ এবং তা যথেষ্ট অকর্মণ্যতা সৃষ্টি করতে পারে, পুনরাক্রমণও ঘটে। সম্পূর্ণ সুস্থ লোকদেরও লক্ষণ প্রকাশ পায়—যদিও কয়েক সপ্তাহ বা কয়েক মাস আগে

থেকেই কিছু কিছু সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও দেখা দেয়—বিশেষ করে যেসব মহিলা দীর্ঘস্থায়ী ক্লান্তি, নিদ্রাহীনতা বা কোষ্ঠকাঠিন্যে ভোগেন তাঁদের ক্ষেত্রে এবং ঋতুনিবৃত্তির পর।

সাধারণ লক্ষণ: (1) ব্যথা হতে পারে নিরবধি টনটনে প্রকৃতির অথবা হঠাৎ এমন ব্যথার উদ্রেক হয় যে রোগিণী আনত হওয়ার পর সোজা হয়ে আর দাঁড়াতে পারেন না। (2) প্রায়ই প্রত্যঙ্গটি শক্ত হয়ে যায়। সাধারণত বিশ্রাম নিলে বাথা ও অনড়তা উপশম হয়, কিন্তু নড়তে-চড়তে গেলে—যেমন বিছানা ছেড়ে প্রথম উঠতে গেলে আবার শুরু হয়। (3) ব্যথা হতে পারে শরীরের বিস্তৃত এলাকায় এবং প্রথম আক্রান্ত স্থল থেকে সরে যেতে পারে। ব্যথার উৎপত্তি স্থলে গভীরভাবে চাপ দিলে প্রায়ই তীব্র বেদনাবোধ জাগে। (4) কখনো কখনো বেদনাদায়ক গুটির উদ্ভব হয়। এগুলির উৎপত্তি স্থানীয়ভাবে পেশীর আক্ষেপের কারণে (F. Illiot) অথবা উদ্গত স্নেহপিণ্ড হিসাবে; এই স্নেহপিণ্ডগুলি কশেরুকার নিকটস্থ পেশীর পাতলা আরবণী বা ফ্যাসার মধ্য দিয়ে বেরিয়ে আসার সময় শোথ-গ্রস্ত হয়ে পড়ে (Copman)। (5) কখনো কখনো আক্রমণ আসে মহামারীর মত, সঙ্গে থাকে সামান্য জ্বর। এর অন্যতম রূপ হল বর্ণ্‌হোম (Bornholm) বর্ণিত ব্যাধি।

স্থানীয় লক্ষণ:

A. **কটি ও ত্রিকাস্থিদেশে ব্যথাই** সবচেয়ে সাধারণ লক্ষণ। কটিবাত (lumbago) নামে পরিচিত এই ব্যথা হয় কটি ও ত্রিকাস্থি এলাকায় এক বা উভয় দিকে, ইলিয়ামের শিখর-কিনারায় (iliac crest) অথবা আরও নিচে উরুর বহিরাংশে। উদরের মধ্যে কিংবা শ্রোণী গহ্বরে বিভিন্ন ব্যাধি-প্রক্রিয়ার জন্যে যে ব্যথা হয় সেগুলি বাদ দিতে হবে—যেমন দীর্ঘস্থায়ী পাচনক্ষত, কিডনী কিংবা প্যাংক্রিয়াসের ব্যাধি, ডিম্বাশয়ের ব্যাধি এবং শ্রোণী গহ্বরে ম্যালিগন্যান্ট্ ব্যাধি ইত্যাদি।

(1) টিমে অথবা নিরন্তর চিনচিনে এই ব্যথা তীব্রভাবে বেড়ে যায়, বিশেষ করে বেড়ে যায় বেশিক্ষণ একভাবে চেয়ারে বসে থাকলে অথবা হাঁটু সোজা করে পিঠ ছড়ানোর সময় কিংবা কোন ভারী জিনিস তোলার সময়। ঘটনাটি ঘটে সুস্থ পুরুষ বা নারী কিংবা ক্লান্ত অতিশ্রমে কাতর গৃহ-বধূদের, যাঁদের ওজন খুব তাড়াতাড়ি বেড়ে যাচ্ছে কিংবা যাঁদের মেরুদণ্ড

ত্রুটিপূর্ণ ভঙ্গিতে অভ্যস্ত তাদের ক্ষেত্রে। ব্যথা খুব বেশি বেড়ে গেলে কিংবা স্নায়বিক অবসাদগ্রস্ত হলে তবেই রোগী শয্যাশায়ী হয়ে পড়েন।

রোগ নির্ণয়: পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় দুই কশেরুকার অন্তর্বর্তী চাকতি ব্যাধিগ্রস্ত হওয়ার সঙ্গে, যখন হঠাৎ ব্যথায় পঙ্গু হয়ে যেতে হয় এবং যে-ব্যথা প্রায়ই দু-দিকের সায়াটিক স্নায়ু বেয়ে পরিবাহিত হয়ে থাকে। কটিদেশীয় মেরুদণ্ডের সন্ধি-প্রদাহেও সায়াটিক স্নায়ুতে ব্যথা হয় বটে, কিন্তু এক্স্‌-রে ছবিতে পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়।

উৎপত্তি: এর দু-রকম প্রকৃতি আছে: (i) তরুণী মেয়েদের হঠাৎ চাড় লাগতে বা টান ধরতে পারে (sprain)—যার কারণ কশেরুকার পশ্চাৎ-দেশীয় উদ্‌গত অংশের নিচে অবস্থিত (interspinous), কটিদেশ ও ত্রিকাস্থি সংশ্লিষ্ট (lumbosecral) অথবা ত্রিকাস্থি ও ইলিয়াম সংলগ্ন (sacroiliac) লিগামেন্টগুলির কয়েকটি তন্তু ছিঁড়ে যাওয়া। হঠাৎ পড়ে গিয়ে, আঘাত পেয়ে কিংবা কোন ভারী জিনিস তুলতে গিয়ে এরকম ঘটনা ঘটতে পারে। মেরুদণ্ড ভাঁজ করে আক্রান্ত স্থলে গভীরভাবে চাপ দিলে তীব্র বেদনাবোধ জাগে এবং সবচেয়ে বেদনাদায়ক জায়গায় শতকরা 2 ভাগ প্রোকেন হাইড্রোক্লোর ইনজেকসন দেওয়ার সঙ্গে সঙ্গে ব্যথা কমে যায়। সাধারণত জায়গাটি হল চতুর্থ ও পঞ্চম কটিদেশীয় কশেরুকা অথবা পঞ্চম কটিদেশীয় কশেরুকা ও প্রথম ত্রিকাস্থির অন্তর্বর্তী স্থল। (ii) বৃদ্ধ বয়সে সাধারণত পিঠের ভঙ্গি পরিবর্তনের কারণে টান ধরে (strain)—যার ফলে কশেরুকাদের অন্তর্বর্তী লিগামেন্টগুলিতে অতিরিক্ত টান পড়ে। ঘটনাটি ঘটে ঋতুনিবৃত্তির পর যখন ওজন বাড়তে থাকে অথবা সন্তান প্রসবের পর যখন ঐ লিগামেন্ট-গুলি নরম হয়ে আসে, সেই সময়। পুরুষরা এই ধরনের ব্যথার অভিযোগ করেন অনভ্যস্ত অতিশ্রম বা ব্যায়ামের পর। এরকম লোক কটি ও ত্রিকাস্থি এলাকার ত্রুটিপূর্ণ দেহভঙ্গিতে অভ্যস্ত যা দুশ্চিন্তা ও সংক্রমণে আরও বৃদ্ধি পায়।

চিকিৎসা করা হয় মেদবাহুল্য, দেহের বিকৃত ভঙ্গি এবং অন্যান্য কারণগুলি সংশোধন মারফৎ। রোগী কোন ভারী জিনিস তুলবেন না বা ব্যবহার করবেন না; আনত অবস্থা থেকে জানুদুটি ভাঁজ করে কিভাবে উঠে দাঁড়াতে হয় সেটা তাঁকে শেখাতে হবে। বেদনানাশক ওষুধ প্রয়োগে এবং গরম সেঁক দিলে ব্যথা উপশম হয়। বেদনাদায়ক জায়গায় বারবার

প্রোকেন ইনজেকসনেও উপকার পাওয়া যায়। অনমনীয় ক্ষেত্রে কিছুদিনের জন্যে ভার বহনকারী ধারক ব্যবহার করতে হবে।

(2) হঠাৎ প্রচণ্ড ব্যথা হয় নিম্ন কটি দেশে ও ত্রিকাস্থি এলাকায়। এই ব্যথার উদ্রেক হতে পারে মুচড়ে গিয়ে টান ধরার সময় কিংবা বিশেষ ধরনের সচল ভঙ্গিতে কোন ভারী জিনিস তোলার সময়। সাধারণত পিঠে এক ধরনের ঢিমে ব্যথার ইতিহাস থাকে—বহুক্ষেত্রে যার কারণ কশেরুকাদের অন্তর্বর্তী চাকতির অবক্ষয়। এই অবস্থায় ভাঁজ হওয়া মেরুদণ্ড সোজা করা অসম্ভব হয়ে পড়তে পারে; ইরেকটর স্পাইনি পেশীগুলির আক্ষেপ হতে থাকে এবং বিশেষ করে হাঁচি বা কাশির সময় সে-ব্যথা এক বা উভয় দিকের সায়াটিক স্নায়ু বেয়ে পরিবাহিত হয়ে কর্মোদ্দীপক ও সংবেদী স্নায়ু-প্রদাহের (motor and sensory) নিদর্শন প্রকাশ করে। এর কারণ হল কশেরুকাদের অন্তর্বর্তী চাকতির মধ্যস্থলে অবস্থিত পিণ্ডটি (nucleus pulposus) সুষুম্না-নালীর মধ্যে উদ্‌গত হওয়া। ঘটনাটি ঘটে পঞ্চম কটিদেশীয় ও প্রথম ত্রিকাস্থি কশেরুকার মধ্যে, কখনোবা চতুর্থ ও পঞ্চম কটিদেশীয় অঞ্চলে কিংবা আরও উপরে। অবস্থাটির পুনর্ঘটন সম্ভব।

(3) সব সময় কটিদেশে বা ত্রিকাস্থি অঞ্চলে না হলেও কোন একটি কশেরুকা এলিয়ে পড়ার জন্যে হঠাৎ প্রচণ্ড ব্যথা হতে পারে। একাধিক কারসিনোমা ও মায়েলোমা, টিউবারকুলোসিস ঘটিত অবক্ষয় এবং অস্থির ছিদ্রবাহুল্যে এই রকম ঘটনা ঘটা সম্ভব।

(4) আরও দীর্ঘস্থায়ী ব্যথা হতে পারে অস্থি ও অস্থিসন্ধির প্রদাহ, অনড় হয়ে আসা কশেরুকা-প্রদাহ এবং কশেরুকা পিছলে পড়ার কারণে।

(5) রোগের ইতিহাস, কায় পরীক্ষা এবং একস্‌-রে পরীক্ষায় যদি উপরিউক্ত অবস্থাগুলির স্বপক্ষে প্রমাণ না পাওয়া যায়, সে-রকম ক্ষেত্রে মধ্যকটিদেশে কিংবা কটি ও ত্রিকাস্থির সংযোগ এলাকায় হঠাৎ দুরন্ত ব্যথা কিংবা অসহনীয় টনটনে ব্যথা যদি চলতেই থাকে তার কারণ কটিদেশীয় পেশীগুলির আবরণী বা ফ্যাসার কোন মৌলিক ব্যাধি। অবস্থাটিকে প্রকৃত **কটিবাত** হিসাবে গণ্য করা উচিত এবং এক্ষেত্রেও ব্যথা সায়াটিক স্নায়ু বেয়ে পরিবাহিত হতে পারে। উগ্রতর আক্রমণে কটিদেশীয়

পেশীর আক্ষেপ হতে থাকায় রোগী শয্যাশায়ী হতে বাধ্য হন। এই সব ক্ষেত্রে উপরে বর্ণিত বেদনাদায়ক গুটি অনুভব করা যায় এবং ইনজেকসন, গরম সেঁক ও সংবাহনে রোগী যথেষ্ট আরাম বোধ করেন। অথবা ব্যথার জন্যে ব্যবহার করা যায় অ্যাসপিরিন, কোন প্রতিউত্তেজক পদার্থ ও কেয়োলিন পুলটিস। কখনো কখনো উষ্ণ বাষ্পস্নান বা টারকিশ বাথ দিয়ে আক্রমণ নিবারণ করা সম্ভব। আরও দীর্ঘস্থায়ী রোগে বিকীর্ণ তাপ, অবলোহিত রশ্মি এবং বৈদ্যুতিক সন্তাপনে ব্যথা কমে যায়। বারবার কটিবাতের পুনরাক্রমণে দীর্ঘকাল ধরে ব্যাসিলাস অ্যাসিডোফিলিস সেবনে উপকার পাওয়ার প্রমাণ পাওয়া গিয়েছে।

B. **গ্রীবাদেশে এবং পিঠের উর্ধ্বাংশে** (cervical and upper dorsal) ব্যথা হওয়া ও শক্ত হয়ে যাওয়ার কারণ হল গ্রীবাদেশীয় কশেরুকার অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহ। এ-সম্পর্কে §§ 590 ও 1004 অনুঅধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে। গ্রীবার উপরদিকে পশ্চাৎ-করোটির নিম্নাংশে (suboccipital) ব্যথা হওয়ার কারণ সম্ভবত প্রদাহমূলক তন্তুবৃদ্ধি ও পেশীর টান যা অনেকটা কটিবাতেরই অনুরূপ। ব্যথা করোটির পশ্চাৎ ভাগে, এমনকি উল্লম্ব অঞ্চলেও (vertical) পরিবাহিত হতে পারে। মধ্যবয়সী ও বয়স্কা মহিলাদের, বিশেষ করে যাঁদের ওজন বেশি তাঁদের উদরের দেয়াল শক্ত হয়ে যায়, নড়তে চড়তে ব্যথা লাগে। এঁরা গ্রীবার পিছনে এবং দুই কাঁধের অন্তর্বর্তী এলাকায় ব্যথা অনুভব করেন ; এখানে ত্বকনিম্ন টিস্যু পুরু হয়ে যায়। চাপ দিলে বেদনাবোধের স্থানটি সহজেই চিহ্নিত করা সম্ভব এবং আঙ্গুল দিয়ে ত্বক টেনে তুললে টোল খেয়ে যায়। জানুর ভিতরের দিকে এবং উরুর বাইরের দিকে চর্বিতে চাপ দিলেও বেদনাবোধ জাগে এবং এরকম ক্ষেত্রে থাইরয়েড অপ্রতুলতার মৃদু নিদর্শন পাওয়া যেতে পারে (§ 824)।

C. এক বা উভয় দিকে **কাঁধের চতুর্দিকে অনমনীয় ব্যথার** বিবিধ কারণ থাকতে পারে। (1) সবচেয়ে সাধারণ কারণ হল গ্রীবাদেশীয় কশেরুকার প্রদাহ (§ 1004) অথবা গ্রীবার মধ্যভাগে দুই কশেরুকার অন্তর্বর্তী চাকতির কোন ব্যাধি (§ 1018)। অন্যান্য কারণের মধ্যে যক্ষ্মাক্রান্ত কশেরুকা, তীব্র এবং দীর্ঘস্থায়ী অস্থি ও মজ্জার প্রদাহ, কিংবা ক্ল্যাভিক্‌ল্, স্ক্যাপুলা বা ফিমারের শীর্ষদেশের ক্ষয়িষ্ণুতা, শীর্ষদেশীয় প্লুরিসি, শীর্ষদেশীয় কোন ব্রঙ্কাসের কারসিনোমা এবং হৃৎ-পেশীতে রক্তস্রোত অবরুদ্ধ হওয়া

ইত্যাদি উল্লেখযোগ্য। (2) কাঁধের চারপাশের যে-ব্যথা বাহুতে, পুরো-বাহুতে এবং হাতেও ছড়িয়ে পড়ে তার কারণ সাধারণত পঞ্চম ষষ্ঠ ও সপ্তম গ্রীবাদেশীয় কশেরুকা অঞ্চলে কশেরুকাদের অন্তর্বর্তী চাকতির কোন পীড়া অথবা গ্রীবাদেশীয় কোন পঞ্জরাস্থি দ্বারা গ্রীবানিম্ন স্নায়ুগুলির উপর চাপ পড়া—যেমন হয়ে থাকে পঞ্জরাস্থির চাপজনিত উপব্যাধিতে; বক্ষদেশীয় যে-সব ব্যাধির কথা আগেই উল্লেখ করা হল তার জন্যেও ব্যথা হতে পারে। (3) কাঁধের প্রান্তে উদ্ভূত যে-ব্যথা নিচের দিকে ডেলটয়েড পেশী যেখানে অস্থিতে সন্নিবিষ্ট হয়েছে সেখানে পরিবাহিত হয়, তার সবচেয়ে সম্ভাব্য কারণ হল অ্যাক্রোমিয়ন নিম্নস্থ বারসার প্রদাহ, এবং তার নিচে অবস্থিত সুপ্রাস্পাইনেটাস টেনডন যেখানে হিউমারাসের বৃহত্তর পিণ্ডের কাছে সন্নিবিষ্ট হয়েছে সেখানে ঐ টেনডনটির প্রদাহ। সাধারণত এই ব্যথা হয় মধ্যবয়সে—বাহুকে কাঁধের সমকোণে তোলা ও নামানোর সময়। অপর কেউ ঐ একই তলে বাহুটি তুলে ধরলে কিংবা নিজেই সমকোণের উপরে তুললে কিন্তু ব্যথা লাগেনা। কনুই কিংবা হাতে ভর দিয়ে পড়ে যাওয়ার মত আঘাত পেলে এই অবস্থা সৃষ্টি হয় এবং সে-ব্যথা কয়েক মাস ধরে চলতে থাকে; তবে পেশীর অবক্ষয় হয়না। কখনো কখনো টেনডনে ক্যালসিয়াম সঞ্চয় হতে দেখা যায়। (5) "অনড় কাঁধের" কারণ সমগ্র সন্ধির আবরণীটির, বাইসেপ পেশীর দীর্ঘশিরের এবং বাইসিপিটাল গহ্বরে তার সহগামী টেনডনটির প্রদাহ। কাঁধের দুরন্ত ব্যথা ডেলটয়েড যেখানে সন্নিবিষ্ট হয়েছে সেখানে ছড়িয়ে পড়ে ক্রমে কাঁধকে অনড় ও অচল করে ফেলে। ব্যথা বেশি হয় রাতে—ঘুমের ব্যাঘাত ঘটে, কাপড় পরতে কিংবা খেতেও অসুবিধা হয়। অনড় কাঁধের চিকিৎসা হল কাঁধকে কাপড়ের পটি দিয়ে ঝুলিয়ে বিশ্রামে রাখা এবং তার সঙ্গে হ্রস্ব তরঙ্গের বৈদ্যুতিক সন্তাপন ও মুখ দিয়ে অল্প মাত্রায় প্রেডনিসোলোন প্রয়োগ করা। স্থানীয়ভাবে স্টেরয়েড ইনজেকসন এবং বেদনানাশক ওষুধ সেবনেও উপকার হয়। 12 থেকে 18 মাসে অবস্থার উন্নতি ঘটে; অস্ত্রোপচারে সময় লাগে আরও কম।

D. **টেনিস-কনুই**: কনুই-এর বাইরের দিকে ব্যথা হয়, সঙ্গে বহির্বিস্তারী পেশীগুলির উৎপত্তি স্থলে টেনডনগুলির উপর চাপ দিলে অত্যন্ত বেদনাবোধ জাগে। প্রতিরোধের সময় পেশীগুলি সঙ্কুচিত হলে সে-ব্যথা পুরোবাহুতে ছড়িয়ে পড়ে। এই ধরনের টেনডন-প্রদাহ খুব ধীরে ধীরে

উপশম হয় এবং স্থানীয়ভাবে প্রোকেন হাইড্রোক্লোর ইনজেকসনের সঙ্গে প্রেডনিসোলোন খাওয়ালে বেশি উপকার পাওয়া যায়। "গল্ফ্‌-খেলোয়াড়দের কনুই" হল ভাঁজ হওয়া পেশীগুলির ঐ একই অবস্থা।

E. **গোড়ালিতে ব্যথা** হওয়ার সম্ভাব্য কারণ একিলিস টেনডনের প্রদাহ, প্রায়ই যার সঙ্গে থাকে একিলিস নিম্নস্থ বারসার প্রদাহ। প্রাপ্তবয়স্ক যে-সব তরুণকে প্রায়ই এক নাগাড়ে অনেকক্ষণ দাঁড়িয়ে থাকতে হয় এবং যাদের গোড়ালিতে টাইট জুতোর চাপ পড়ে তাদের এই ধরনের ব্যথা হয়ে থাকে। অনেকক্ষণ বিছানায় শুয়ে থাকলেও গোড়ালির নিচে ব্যথা হতে পারে। নরম চটিজুতো পরিহার করে শক্ত গোড়ালিযুক্ত জুতো পরলে ব্যথা কমে যায়।

F. **পায়ের তলায় ফ্যাসার প্রদাহ** ভারিক্কি ওজনের মধ্যবয়সীদের অত্যন্ত বিরক্তিকর অবস্থা। এক্ষেত্রে ক্যালকেনিয়াস অস্থির মধ্যম কন্দের (medial tubrosity) সামনে বিশেষ কোন স্থানে ব্যথা হয়, টিপলে বেদনা-বোধ জাগে। বসলে বা শুয়ে পড়লে সঙ্গে সঙ্গে ব্যথা কমে যায়, উঠে দাঁড়ালে কিংবা হাঁটলে তখুনি আবার শুরু হয়। এটি একটি স্বসীমিত ব্যাধি যা কয়েক মাস ধরে চলতে থাকে। রবারের গোড়ালি লাগানো জুতো পরলে কিংবা জুতোর গোড়ালিতে রবারের প্যাড লাগালে কম ব্যথা লাগতে পারে।

§ 605. II. **মনোদৈহিক বাতব্যাধি** (সমনাম: মানসিক চাপজনিত ব্যথা) হচ্ছে মনোস্নায়বিক বা "ক্রিয়াকলাপ" (functional) সংক্রান্ত বিশৃঙ্খলার পেশী ও কঙ্কাল ঘটিত অভিব্যক্তি। এই রোগ বিশেষ করে হয় মহিলাদের।

লক্ষণ: রোগিণী প্রায়ই জ্বালা বা টনটন করার কিংবা ব্যথার অভিযোগ করেন যা দেহের কোন অঙ্গীয় ব্যাধির সঙ্গে সঙ্গতিপূর্ণ বলে মনে হয়না। জ্বালা বা ব্যথা দেহের বিস্তৃত এলাকায় দুদিকেই সমভাবে ছড়িয়ে থাকে। অন্যান্য ক্রিয়াকলাপ সংক্রান্ত বিশৃঙ্খলার মত সপ্তাহের পর সপ্তাহ কিংবা মাসের পর মাস সারা দিন-রাত্রি একইভাবে ব্যথা অনুভূত হয়, কোন ব্যতিক্রম হয়না এবং ক্লান্ত ও উদ্বিগ্ন হলে আরও বেড়ে যায়। আবেগের চাপ প্রসূত অন্যান্য লক্ষণেরও উদ্ভব হতে পারে—যেমন অনিদ্রা, অবসন্নতা,

খিটখিটে মেজাজ ও অবসাদ। সাধারণত ওজন কমে যায়, অ্যানিমিয়াও দেখা দেয়। কায় পরীক্ষা করে লক্ষণগুলির সঙ্গে সঙ্গতিপূর্ণ কোন অঙ্গীয় ব্যাধির প্রমাণ পাওয়া যায় না, অথবা সামান্য সন্ধি-প্রদাহ যা থাকে, স্বাভাবিক অবস্থায় তার কোন লক্ষণ দেখা যায় না।

রোগ নির্ণয়: সম্পূর্ণ কায় পরীক্ষা, এক্স্-রে পরীক্ষা, লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার সহ রক্তের কোষ গণনা ইত্যাদি মারফৎ কোন অঙ্গীয় ব্যাধি আছে কি না সে-সম্পর্কে সুনিশ্চিত হতে হবে। বিশেষ করে যে-অবস্থাগুলি দৃষ্টি এড়িয়ে যায় সেগুলি হল অনড় হয়ে আসা কশেরুকার প্রদাহ, একাধিক মজ্জা-টিউমার, সন্দেহ না-করা একাধিক কারসিনোমা এবং অস্থির মৌল টিউমার।

চিকিৎসা: রোগিণী যে মৃদু সন্ধি-প্রদাহে আক্রান্ত একথা তাঁকে না বলাই ভাল, কারণ তিনি অসুখটিকে নিরাময়ের অযোগ্য বলে মনে করতে পারেন। বরং তাঁর মনে আস্থা যোগাতে পারলে, পর্যাপ্ত বিশ্রাম ও সুনিদ্রার ব্যবস্থা করলে, অ্যানিমিয়া সংশোধন করতে পারলে উপকার হবে। মনো-স্নায়ুপীড়ার চিকিৎসা সম্পর্কে § 1172 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

III. **পেশীর টিউমার** হলে ব্যথা হয়, টিপলে বেদনাবোধ জাগে এবং সাধারণত এলাকাটি ফুলে ওঠে। প্রথম দিকে এই ব্যথা ও বেদনাবোধ শুধু ব্যাধির উৎপত্তি স্থলেই সীমাবদ্ধ থাকে, এলাকাটি পুরু হয়ে যায় অথবা করানুভূতিতে টিউমার অনুভব করা যায়। কোন কোন ক্ষেত্রে—যেমন সিফিলিস ঘটিত টিউমারে ও মারক (ম্যালিগন্যান্ট্) কলাবৃদ্ধিতে ঐ এলাকার লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হয়ে ওঠে। পেশীর প্রধান টিউমারগুলি (a) নিরীহ চরিত্রের—যেমন সিফিলিসের গামা; বিশেষ করে টাইফয়েড ও ইনফ্লুয়েঞ্জার পর এই গামা থেকে পুঁজযুক্ত প্রদাহের উদ্ভব হতে পারে; ফাইব্রোমা[1], লাইপোমা[2], অ্যাঞ্জিয়োমা[3], হাইডাটিড সিষ্ট এবং হিমাটোমার[4] মত নির্বিরোধী নবকলায়ন হওয়াও সম্ভব। (6) এছাড়া হয় ম্যালিগন্যান্ট্ বা মারক অঙ্গবৃদ্ধি—সারকোমা, কারসিনোমা (বিস্তৃতি দ্বারা)। প্রথমে স্থির করতে হবে স্ফীতিটি প্রদাহমূলক না অপ্রদাহক, মারক (দ্রুত বর্ধনশীল)

1. ফাইব্রোমা—সংযোজক কলা গঠিত টিউমার; 2. লাইপোমা—চর্বি গঠিত টিউমার; 3. অ্যাঞ্জিয়োমা—রক্তনালী গঠিত টিউমার; 4. হিমাটোমা—ক্ষরিত রক্ত গঠিত টিউমার।

না অমারক। এই সিদ্ধান্ত করতে হয় স্ফীতির অনুসন্ধান চালিয়ে, গ্ল্যাণ্ডগুলি পরীক্ষা করে, ইতিহাস ও লক্ষণ অনুধাবন মারফৎ। রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা করা হয় প্রধানত অস্ত্রোপচার দ্বারা।

§ 606. IV. **ট্রিচিনোসিস:** গ্রেট ব্রিটেনে রোগটি বিরল হলেও অধুনা কোন কোন এলাকায় এর প্রকোপের খবর পাওয়া যাচ্ছে। এর কারণ ট্রিচিনা স্পাইরালিস নামক সুতাক্রিমি (নিমাটোড) যা অপক্ক "হামযুক্ত" শূকর মাংস বা শূকর মাংসের সসেজ খেয়ে মানব দেহে সংক্রমিত হয়। ভাল্লুক, সীল এবং সিন্ধু ঘোটকের মাংস খেয়েও সংক্রমিত হতে পারে। ক্রিমির আবরণীটি মানুষের পাকস্থলীতে পাচিত হয়ে ভ্রূণটি মুক্ত হয়ে যায়; ভ্রূণগুলির সংখ্যাবৃদ্ধি ঘটে এবং পরবর্তী সপ্তাহে এরা অন্ত্রের মধ্যে ডিম পাড়ে—প্রতিটি স্ত্রী-ক্রিমি শত শত ভ্রূণের জন্ম দেয় এবং তাদের বৃদ্ধিও হয় দ্রুত গতিতে। সঙ্গমের পর স্ত্রী-ক্রিমি অন্ত্রের দেয়াল ভেদ করে ছোট ছোট শূককীট স্থাপন করে এবং সেগুলি চলে যায় রক্তস্রোতে। এরা এত ছোট যে ফুসফুসের কৈশিক জালিকা বেয়ে পৌঁছে যায় পেশীতে, সেখানে 2-3 সপ্তাহ পরে এরা থলিকাবৃত হয়ে যায় (encysted)। মানবদেহে প্রবেশ করার 10 বছর পরেও এদেরকে জীবিত এবং বর্ধনশীল থাকতে দেখা গিয়েছে।

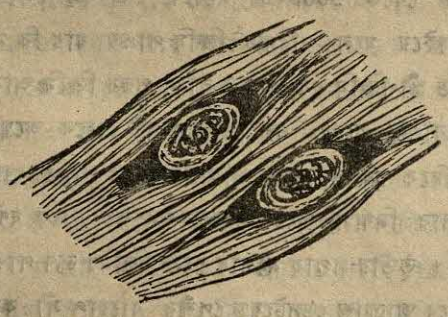
ল ক্ষ ণ: অতীতের তুলনায় বর্তমানে লক্ষণগুলি মৃদু ধরনের। মাত্র 7টি রোগীর ক্ষেত্রে তিন রকম পর্যায় লক্ষ্য করা গিয়েছে। প্র থ ম পর্যায়টি আজকাল বিরল হয়ে এসেছে। এই পর্যায়ে কখনো কখনো উদরাময় দেখা দেয়; কিন্তু পেটে ব্যথা, বমি ও আঘাত খুবই বিরল। দ্বি তী য় পর্যায় শুরু হয় ক্রিমিগুলি দেহে অনুপ্রবেশের প্রায় সপ্তাহ দুয়েক পরে এবং থাকে 2-3 সপ্তাহ; এই সময়েই ঘটে ভ্রূণদের বিচরণ। সবচেয়ে অবিচল বৈশিষ্ট্য হল অক্ষিপল্লবের শোথ যা প্রায় অবধারিত। এছাড়া থাকে শিরঃপীড়া, অক্ষিপল্লবের পিছনে ব্যথা, আলোক-অসহনীয়তা, হাত-পা শক্ত হয়ে টনটন করা। কোন কোন সময় দেখা দেয় রক্তকাশি ও নিউমোনিয়া, নখের পিছনে রক্তপাত, মানসিক লক্ষণ—যেমন জড়িমা ও বিভ্রান্তি, বিষণ্ণতা, মেনিনজাইটিস বা মস্তিষ্ক-প্রদাহ জনিত লক্ষণ; আবার কখনো সৃষ্টি হয় একটি মাত্র প্রত্যঙ্গের পক্ষাঘাত, লঘু মস্তিষ্ক সম্পর্কিত লক্ষণ, অক্ষি গোলকের সচলতা সংক্রান্ত সঙ্কট এবং পায়ের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের বহির্বিস্তারি (উপরদিকে) প্রতিবর্ত

প্রতিক্রিয়া (extensor plantar reflex)। ভ্রূণগুলি ঘুরে বেড়ানোর জন্যে পেশীগুলি, বিশেষত বাইসেপস্ পেশী হ্রস্ব ও শক্ত হয়ে যায় এবং রোগটি উগ্র প্রকৃতির হলে চিবানো, গলাধকরণ অথবা অক্ষিগোলক সঞ্চালনের সময় ব্যথা বেড়ে যায়। 102-103 ডিগ্রি ফারেনহাইট জ্বর হতে পারে, সঙ্গে ঘাম হয়, ওজন কমে যেতে পারে। তৃতীয় পর্যায়ে, কীটগুলি দেহে প্রবেশ করার 4-6 সপ্তাহ পরে শূককীটগুলি যখন পেশীতে স্থিতিশীল হয়েছে এই সময় রোগী ধীরে ধীরে সেরে ওঠেন—জ্বর ছেড়ে যায়, শূককীটগুলি থলিকাবৃত হয়ে পড়ে, কিন্তু পেশীর অবিরাম টনটনে ব্যথা কয়েক মাস যাবৎ চলতে থাকে। পেশীতে ব্যথার উগ্রতা নির্ভর করে শূককীটের সংখ্যানুপাতে।

রোগ নির্ণয়: মৃদু রোগে পেশীর বাতব্যাধির সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা বেশ দুরূহ, তবে অক্ষিপল্লব ফুলে ওঠা, পেশীর ব্যথা, শিরঃপীড়া এবং দেহের ব্যাপক এলাকায় টিপলে বেদনাবোধ এ-ব্যাপারে সাহায্য করে—বিশেষ করে যখন রোগটি কোন একটি পরিবারে কিংবা স্থানীয় মহামারী রূপে সীমাবদ্ধ থাকে। তা সত্ত্বেও বাতজ্বর কিংবা টাইফয়েড বলে ভুল হওয়া সম্ভব। ট্রিচিনোসিসে শ্বেত কণিকার সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিমিতে 30.000 পর্যন্ত বৃদ্ধি পেয়ে থাকে এবং ইয়োসিনোফিলের সংখ্যাবৃদ্ধি ঘটে শতকরা 40 পর্যন্ত। মোট ইয়োসিনোফিলের সংখ্যা হয় প্রতি কিউবিক মিমিতে 1000 থেকে 5000-এর মধ্যে। এরকম ক্ষেত্রে বৃহৎ মাত্রায় ক্যালোমেল খাইয়ে মলে পরিণত ক্রিমি পাওয়া যায় কি না খুঁজে দেখতে হবে। পরিণত স্ত্রী-ক্রিমি হয় প্রায় $\frac{1}{8}$ ইঞ্চি, পুরুষ ক্রিমি আর একটু ছোট। এই ক্রিমির বৈশিষ্ট্য হচ্ছে, এর দেহ-কোষটি থাকে অন্ত্রের সম্মুখ প্রান্তে। রোগের প্রথম দিকে ত্বক পরীক্ষায় অস্তিবাচক ফল পাওয়া যায়না; পরবর্তীকালে ট্রিচিনেলার নির্যাস ত্বকে ইনজেকশন করার এক ঘণ্টা পরে রক্তিমার আবির্ভাব ঘটে। তৃতীয় সপ্তাহ নাগাদ রক্তে ক্রিমির ভ্রূণ পাওয়া যেতে পারে এবং আরও পরে আক্রান্ত ডেলটয়েড পেশীর বায়োপ্সী করলে থলিকাবৃত শূককীট পাওয়াও সম্ভব। কয়েক বছর পরে এক্স্-রে ছবিতে ক্যালসিয়ামে ঢাকা সিস্ট্ দেখা যেতে পারে। জার্মানীতে এই রোগের মৃদু সংক্রমণ প্রায়ই দেখা যায়। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে যত নিয়মানুগ ময়নাতদন্ত হয়ে থাকে তার শতকরা 20 ভাগ ক্ষেত্রে ডায়াফ্রামের পেশীতে শূককীটের উপস্থিতি ধরা পড়েছে।

উৎপত্তিঃ মানুষ, শূকর এবং ইঁদুরের দেহে এই পরাঙ্গজীবী পাওয়া যায় এবং প্রত্যেক ক্ষেত্রেই এদের জীবন চক্র একই রকম—এক আশ্রয়দাতার (host) দেহে প্রাথমিক পর্যায়ের বৃদ্ধি, অপরের দেহে পরবর্তী পর্যায়—এরকম দেখা যায়না। শূকর সংক্রমিত হয় শূকরের বিষ্ঠা অথবা সংক্রমিত ইঁদুর খেয়ে। মানুষ যে শূকর-মাংস খায় সেই মাংস যদি খালি চোখে অথবা লেন্স-এর সাহায্যে ঘামের গুটির মত দেখায়, সে-মাংস ট্রিচিনোসিসে সংক্রমিত বলে গণ্য করা উচিত। শূককীট (চিত্র 176) অথবা পেশীতে অবস্থিত ট্রিচিনাগুলি দেখতে ডিম্বাকার ক্যাপসিউল-এর মত (ঈষদচ্ছ অথবা ক্যালসিয়াম-সঞ্চিত), যার মধ্যে গুটিয়ে থাকে এক বা একাধিক ভ্রূণ। ভ্রূণগুলি 0·6-1·0 মিলিমিটার লম্বা, মাথাটি সূচাল এবং লেজটি গোলাকার। শূকর-মাংস মাইনাস 15 ডিগ্রি সেন্টিগ্রেড উষ্ণতায় 3 সপ্তাহ ধরে হিমায়িত অবস্থায় রাখলে শূককীটগুলি ধ্বংস হয়ে যায় এবং এই কারণে এই পদ্ধতিকে প্রতিষেধক হিসাবে ব্যবহার করা হয়। অবশ্য পূর্ণ রন্ধন প্রক্রিয়াতেও ক্রিমিগুলি মরে যাবে—যদিও বহু লোকের একমালি রান্নায় সেটা নাও সম্ভব হতে পারে। সুতরাং সসেজ এবং শূকর মাংস সুপক্ক হওয়া উচিত।

পূর্বাভাসঃ দ্বিতীয় এবং ষষ্ঠ সপ্তাহের মধ্যে রোগটি মারাত্মক হয়ে উঠতে পারে। আক্রমণের উগ্রতা নির্ভর করে লক্ষণগুলির তীব্রতা ও



চিত্র 176 : পেশীর মধ্যে থলিকাবৃত ট্রিচিনা স্পাইরালিস-এর শূককীট

স্থায়িত্বের উপর: সেগুলি হল উদরাময়, রক্তকাশি অথবা নিউমোনিয়া, শ্বাস-প্রশ্বাসের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট পেশীগুলি আক্রান্ত হওয়া এবং অবসন্নতা। কয়েক মাসের মধ্যে স্বাস্থ্যোদ্ধার নাও হতে পারে।

চিকিৎসাঃ সংক্রমিত মাংস খাওয়ার দু-তিন ঘণ্টার মধ্যে রোগী

দেখলে সঙ্গে সঙ্গে বমনকারী ওষুধ দেওয়া উচিত। 24-36 ঘণ্টার মধ্যে রোগ নির্ণয় করতে পারলে পাকস্থলী ও অন্ত্রনালী পরিষ্কার করে ফেলা দরকার। প্রথম পর্যায়ে বৃহৎ মাত্রায় গ্লিসারিন প্রয়োগের সুপারিশ করা হয় এই কারণে যে গ্লিসারিনের জল শোষণের ক্ষমতা ক্রিমিগুলিকে ধ্বংস করে। পিপারজাইন সাইট্রেট, টেট্রাক্লোরইথিলিন এবং থাইমল-ও দেওয়া হয়। কিন্তু রোগ যদি দ্বিতীয় পর্যায়ে পৌঁছে যায় এবং ভ্রূণগুলি যখন স্থানান্তরে বিচরণশীল, সে-অবস্থায় কোন কিছুই ওদের ধ্বংস করতে পারেনা বলে তখন চিকিৎসা হবে লক্ষণভিত্তিক। ব্যথা এবং টিপলে বেদনাবোধের জন্যে অহিফেন বা অনুরূপ ওষুধের প্রয়োজন হতে পারে। গুরুতর ক্ষেত্রে প্রেডনিসোলোন প্রয়োগে শক্তি বজায় থাকে, পেশীর ব্যথাও কমে যায়।

V. **পেশীর প্রদাহ**ঃ ঐচ্ছিক পেশীগুলির প্রদাহ ও স্ফীতি বিরল ঘটনা; তার প্রকৃতি চার রকম:

(a) স্থানীয়—এক্ষেত্রে একটি মাত্র পেশীতে বা পেশীগুচ্ছে ব্যথা, টিপলে বেদনাবোধ, স্ফীতি এবং সঞ্চালনের অক্ষমতা স্থানীয়ভাবে সীমিত থাকে। এই অবস্থা ঘটে পুঁজ সৃষ্টিকারী বীজাণুদূষণের জন্যে। টাইফয়েড জ্বরে বিশেষ করে আক্রান্ত হয় উদর গহ্বরের পেশীগুলি এবং মনে হতে পারে যেন উদরদেশীয় কোন সঙ্কট সৃষ্টি হয়েছে।

(b) তীব্র সর্বাঙ্গীণ পেশী-প্রদাহ ঘটে ট্রিচিনোসিসে।

(c) ক্রমবর্ধমান অস্থিটিস্যুতে রূপান্তরশীল সর্বাঙ্গীণ পেশী প্রদাহ বিরল অবস্থা। শুরু হয় শৈশবে। পেশীতে, টেনডনে, পেশীর আবরণীকলায় (aponeuroses) ও লিগামেন্টে ক্রমে ক্রমে অস্থিটিস্যুর উদ্ভব হয়; হাতে পায়ে পিঠে শক্ত কাঠের মত অনুভূতি জাগে। অবস্থাটি এক্স্-রে ছবিতে ভালভাবে বোঝা যায় এবং রোগী শেষ পর্যন্ত শয্যাশায়ী হয়ে পড়েন। পরিণামে আনুষঙ্গিক সংক্রমণে মৃত্যু হতে পারে অথবা কয়েক মাস বা কয়েক বছরের মধ্যে আপনা থেকেই নিরাময় হয়।

(d) ত্বক ও পেশীর প্রদাহ হতে পারে গলায় তীব্র সংক্রমণের পর। কখনো কখনো সঙ্গে থাকে রেটিকিউলোসাইটদের আধিক্য অথবা নতুন অস্বাভাবিক অঙ্গবৃদ্ধি। সফল চিকিৎসায় মূল ব্যাধিও অদৃশ্য হয়ে যায়। লক্ষণ হল—দুরন্ত অসুস্থতার সঙ্গে উভয় দিকে সমভাবে পেশীর দুর্বলতা ও টনটনে ব্যথা, কিছুটা জ্বর এবং ত্বকে রক্তিম স্ফোটকোদ্গমের পর

ত্বক-কাঠিন্য। কথা বলার ও গলাধকরণের পেশীগুলি প্রায়ই আক্রান্ত হয়ে থাকে। পেশীর তুরন্ত ক্ষয় শুরু হয়ে যায় এবং পরে প্রায়ই নিউমোনিয়ার উদ্ভব হয়। লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার বৃদ্ধি পায়, সঙ্গে অ্যানিমিয়া দেখা দেয় এবং পলিমরফো সহ শ্বেত কণিকাদের সংখ্যাবৃদ্ধি ঘটে। চিকিৎসা—দীর্ঘদিন ধরে কর্টিকোস্টেরয়েড প্রয়োগ অথবা দৈনিক 12-16 গ্রাম হিসাবে প্যারা-অ্যামাইনোবেনজয়েট। তীব্র পর্যায়টি পার হয়ে যাওয়ার পর কাঠিন্য ও সঙ্কোচনের প্রতিকারের জন্যে প্রাকৃতিক চিকিৎসার প্রয়োজন।

গ্রুপ IV. অস্থির ব্যাধি

অস্থির তীব্র ব্যাধিগুলি শল্যচিকিৎসকদের বিশেষ আগ্রহের বিষয়, আর দীর্ঘস্থায়ী ব্যাধিগুলি প্রধানত কায়চিকিৎসার অন্তর্ভুক্ত। তা সত্ত্বেও অস্থির প্রায় সব ব্যাধিই, বিশেষ করে প্রথম দিকে দেখে থাকেন সাধারণ চিকিৎসকরা। এগুলির প্রধান লক্ষণ হল ব্যথা এবং টিপলে গভীর বেদনা-বোধ। সঙ্গে অবশ্য জ্বর এবং সর্বাঙ্গীণ বিশৃঙ্খলা থাকতে পারে। শেষের দিকে হয়তো অঙ্গের গভীরে স্ফীতি ও বিকৃতির উদ্ভব হয় এবং অস্থিটি উপরতলীয় হলে দেখা দেয় শোথ ও ত্বকের রক্তিমা।

অস্থির তীব্র ব্যাধি

I.	অস্থি ও মজ্জার তীব্র প্রদাহ	§ 607
II.	পেরিয়স্টিয়ামের তীব্র স্থানীয় প্রদাহ	§ 607
III.	অস্থির মুক্তপ্রান্তের তীব্র প্রদাহ	§ 607

§ 607. I. **অস্থি ও মজ্জার তীব্র প্রদাহ** (osteomyelitis) (সমনাম: অস্থির তীব্র ক্ষয়):

এ-রোগের বৈশিষ্ট্য হল কোন একটি মাত্র অস্থি সংক্রমিত হওয়া এবং তার সঙ্গে তুরন্ত সর্বাঙ্গীণ বিশৃঙ্খলা। রোগটি সাধারণত হয় 2 থেকে 18 বছর বয়সী শিশু ও কিশোর-কিশোরীদের; প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে বিরল। ব্যাধিটি মূলত কোন দীর্ঘাস্থিকাণ্ডের প্রান্তদেশে—সাধারণত টিবিয়া কিংবা ফিমার-এর নিম্নপ্রান্তে কোন সংক্রমণ। এইটিই প্রকৃতপক্ষে অস্থির তীব্র ব্যাধি, যদিও কোন আঘাতের পর পেরিয়স্টিয়ামের (অস্থি-আবরণীর)

স্থানীয় প্রদাহে অস্থি ও মজ্জা-প্রদাহের মত একই রকম তীব্র লক্ষণ প্রকাশ পেতে পারে।

ল ক্ষ ণ গু লি সাধারণত দেখা দেয় কোন স্থানীয় আঘাতের পর : (1) কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই দুরন্ত ব্যথা এবং টিপলে প্রচণ্ড বেদনাবোধ, যা শুরু হয় কোন দীর্ঘাস্থির প্রান্তদেশের কাছে। (2) দু-এক দিনের মধ্যে পুঁজ যখন উপরতলে পেরিয়স্টিয়ামের নিচে চলে আসে, এলাকাটি লাল ও গরম হয়ে ফুলে ওঠে। (3) অচিরে প্রকাশ পায় সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ এবং চিকিৎসা না করলে সেগুলি প্রকট হয়ে ওঠে—দৈহিক উষ্ণতা 102-104 ডিগ্রি ফারেনহাইট পর্যন্ত উঠে যায়, কাঁপুনি হতে থাকে, অবসন্নতার উদ্ভব হতে পারে। শতকরা 50টি ক্ষেত্রে রক্তের বীজাণু বিশ্লেষণী পরীক্ষায় অস্তি-বাচক ফল পাওয়া যায়।

রো গ নি র্ণ য় : যেহেতু ব্যথা শুরু হয় কোন সন্ধির কাছে, তাই পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় বাত ব্যাধির সঙ্গে। কিন্তু বাতে প্রথম দিকেই অন্যান্য সন্ধিও আক্রান্ত হয়ে পড়ে, হৃৎ-নিদর্শন থাকতে পারে, যথেষ্ট ঘাম হয় ; অপরদিকে অস্থি ও মজ্জা-প্রদাহে সন্ধিটি কিছু পরিমাণে সঞ্চালিত করা যায় এবং শ্বেত কণিকার সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিমিতে 30.000 পর্যন্ত বৃদ্ধি পায়।

উ ৎ প ত্তি : তীব্র অস্থি ও মজ্জা-প্রদাহের কারণ ত্বকে, টনসিলে বা কোন ক্ষতে উপস্থিত স্ট্যাফাইলোকক্কাস যেগুলি কোয়াগুলেজ (জোটবদ্ধতা সৃষ্টিকারী) উৎসেচকের উপস্থিতিতে জোটবদ্ধ হয়ে থাকে। কখনো কখনো নিউমোকক্কাস এবং ইনফ্লুয়েঞ্জা ব্যাসিলাসও এর কারণ হতে পারে। সংক্রমণ ঘটে রক্তে ঐ বীজাণুদের উপস্থিতির জন্যে। এরা দীর্ঘাস্থির প্রান্ত-দেশে আহত স্থানে স্পঞ্জের মত টিস্যুতে বসতি স্থাপন করে। সেখানে উদ্ভব হয় একটি ছোট্ট পুঁজযুক্ত প্রদাহ যা পেরিয়স্টিয়ামের নিচে উপরতলের দিকে অগ্রসর হয় কিংবা সময় সময় প্রবেশ করে মজ্জার মধ্যে। দ্রুত চিকিৎসা না করলে অস্থির তীব্র ক্ষয় ও পচন শুরু হয়ে যায়, যার কারণ অস্থির পুষ্টিদায়ী ধমনীর মধ্যে অবরোধ সৃষ্টির জন্যে রক্ত সরবরাহ বন্ধ হওয়া এবং বিকল্প সরবরাহের সূত্র পেরিয়স্টিয়াম পুঁজের দ্বারা ছিন্নভিন্ন হওয়া।

পূ র্বা ভা স : পেনিসিলিন আবিষ্কারের পর পূর্বাভাসে বৈপ্লবিক রূপান্তর ঘটেছে যা প্রথম 1-2 দিনের মধ্যে প্রয়োগ করলে পুঁজযুক্ত প্রদাহ

নিবারণ করে। অধুনা পেনিসিলিন-প্রতিরোধী স্ট্যাফাইলো সংক্রমণ যেহেতু ক্রমেই বেশি পাওয়া যাচ্ছে তাই রক্তের বীজাণু বিশ্লেষণ এবং পেনিসিলিন ও অন্যান্য অ্যান্টিবায়োটিকের প্রতি তাদের সংবেদ্যতা পরীক্ষা অপরিহার্য।

চি কি ৎ সা : রোগ সন্দেহ করার সঙ্গে সঙ্গে বিভক্ত মাত্রায় দৈনিক এক মেগা ইউনিট বেনজিলপেনিসিলিন ইনজেকসন শুরু করতে হবে। এরপর তার পরিবর্তে প্রোকেন পেনিসিলিন দিতে হবে 3 সপ্তাহ। পুঁজ সন্দেহ করলে সেই পুঁজ নিষ্কাশনের জন্যে তুরপুনের সাহায্যে অস্থি ফুটো করে দেওয়া দরকার। সম্পূর্ণ নিরাময় না হওয়া পর্যন্ত আক্রান্ত অঙ্গটি সম্পূর্ণ অনড় করে রাখা আবশ্যিক।

II. **তীব্র স্থানীয় পেরিয়স্টিয়াম-প্রদাহের** উদ্ভব হতে পারে আঘাত থেকে। বীজাণু সংক্রমণ না হলে তা আপনা থেকেই সেরে যায়। কিন্তু ক্ষত কিংবা রক্ত মারফৎ যদি সংক্রমণ ঘটে যায় সেখানে পুঁজ জমতে ও পচন হতে পারে এবং শেষ পর্যন্ত অবস্থাটি দীর্ঘস্থায়ী হওয়ার সম্ভাবনা থাকে।

III. **অস্থির মুক্তপ্রান্তের তীব্র প্রদাহ** (epiphysitis) হল তার বৃদ্ধিরেখার সূচনাস্থলের প্রদাহ যেখানে প্রথম জীবনে অস্থি প্রান্তটি দেহকাণ্ড থেকে বিচ্ছিন্ন থাকে। এ-রোগের তীব্র রূপটি দেখা যায় প্রথম শৈশবে এবং এর সাধারণ কারণ হল আঘাত এবং তার সঙ্গে স্ট্যাফাইলোকক্কাস সংক্রমণ। রোগটি অস্থি ও মজ্জা-প্রদাহের মত প্রতিভাত হতে পারে, কিন্তু দুরন্ত সর্বাঙ্গীণ বিশৃঙ্খলা থাকেনা। তীব্র বাতব্যাধির সঙ্গে পার্থক্য হল রোগীর বয়স এবং অধিকাংশ ক্ষেত্রে পর্যাপ্ত পেনিসিলিন প্রয়োগে চমৎকার প্রতিবেদন। শৈশবের স্কার্ভি (§ 560) এবং জন্মগত সিফিলিস (§ 500) থেকেও উৎপত্তি হওয়া সম্ভব। দীর্ঘস্থায়ী ক্ষেত্রে ব্যাধি-প্রক্রিয়াটি মন্থর। রিকেটের সঙ্গে পার্থক্য হচ্ছে একটি মাত্র সন্ধিতে সীমাবদ্ধ থাকা। সাধারণ কারণ (দীর্ঘস্থায়ী রোগের) সিফিলিস ও টিউবারকুলোসিস।

দী র্ঘ স্থা য়ী অ স্থি পী ড়া ও বি কৃ তি

সাধারণ		বিরল	
I. রিকেট	§ 608	VII. একাধিক মজ্জা-টিউমার	§ 613
II. অস্থি ও মজ্জা-প্রদাহ	§ 609	VIII. প্যারাথাইরয়েড-এর	

	সাধারণ			বিরল	
III.	অস্থির ছিদ্রবাহুল্য	§ 610		কায়বৃদ্ধি	§ 614
IV.	অস্থি-প্রদাহ ও বিকৃতি	§ 611	IX.	অ্যাক্রোমেগালী	§ 615
V.	দীর্ঘস্থায়ী পেরিয়স্টিয়াম-প্রদাহ, অস্থির প্রদাহ, ক্ষয়িষ্ণুতা ও পচন	§ 612	X.	বামনাস্থি (অ্যাকণ্ড্রো-প্লেসিয়া	§ 616
			XI.	অস্থি ও সন্ধির কায়বৃদ্ধি ঘটিত অসুস্থতা	§ 617
VI.	অস্থির টিউমার	§ 612			
			XII.	সিংহমুখ অস্থিবৃদ্ধি	§ 617
			XIII.	ভঙ্গুরাস্থি	§ 617
			XIV.	অসম্পূর্ণ কণ্ঠাস্থি ও অপরিণত করোটি	§ 617
			XV.	শৈশবের মর্মরাস্থি	§ 617
			XVI.	পার্থে (Perthes) বর্ণিত ব্যাধি	§ 617

অস্থিটিস্যু জীবন্ত ও সক্রিয়—যা অন্যান্য উপাঙ্গের মতই নিরন্তর ধ্বংস ও সঞ্জীবিত হচ্ছে। সারা জীবন ধরেই অস্থিশোষক কোষ অস্টিয়োক্লাস্ট্‌দের দ্বারা একটি পর্যায়ে অস্থির ক্ষয় সাধিত হচ্ছে। বিপরীত দিকে নতুন অস্থির উদ্ভব হয় দুই পর্যায়ে—প্রথমত প্রোটিন উপাদানের বনিয়াদে (অস্থিবর্ধক টিস্যুতে) এবং এর পর ক্যালসিয়াম সঞ্চয় দ্বারা। এই প্রক্রিয়াগুলি সাধন করে অস্টিয়োব্লাস্ট্‌ বা অস্থিবর্ধক কোষগুলি। সুস্থ দেহে অস্থির উদ্ভব ও ধ্বংসের মধ্যে এক ধরনের সমতা বজায় থাকে যার ফলে কোষ ও টিস্যু চরিত্রের দিক থেকে এবং রাসায়নিক উপাদানে অস্থিগুলি একই অবস্থায় অবস্থান করে।

এই সমতা যখন ক্ষুণ্ণ হয়, অস্থির ঘনত্ব (1) কমে যায়—যেমন হয় কোমলাস্থিতে (osteomalacia), অস্থির ছিদ্রবাহুল্যে (osteoporosis), প্রদাহ ও বিকৃতিতে, মজ্জার একাধিক টিউমারে এবং অস্থির নতুন অঙ্গবৃদ্ধিতে। কো ম লা স্থি র উদ্ভব হয় যখন অস্থিবর্ধক টিস্যুতে ক্যালসিয়াম সঞ্চয় ত্রুটিপূর্ণ হওয়ার ফলে প্রকৃত অস্থি সৃষ্টি হয়না। তার সবচেয়ে সাধারণ কারণ হল

রিকেট (বিলম্বিত রিকেট, সিলিয়াক ব্যাধি এবং কিডনীর বিশৃঙ্খলা জনিত রিকেট সহ), যাতে সাধারণত D-ভিটামিনের এবং কখনো কখনো ক্যালসিয়াম ও অজৈব ফসফটের ঘাটতি থাকে। অস্থির ছিদ্র বা হ্রাস ঘটে অস্থিটিসু-বর্ধক প্রোটিন-বনিয়াদে ঘাটতির জন্যে। এর উৎপত্তির কারণ অন্তঃক্ষরী ক্রিয়াকলাপ (বিশেষ করে প্যারাথাইরয়েড ও সুপ্রারেনালের ব্যাধি)। (2) অস্থির ঘনত্ব বৃদ্ধি পাওয়া (অস্থিকাঠিন্য) বিরল ঘটনা। এই ঘটনা ঘটে শৈশবের মর্মরাস্থি ব্যাধিতে (marble bone), নিঃশ্বাসের সঙ্গে বা মুখ দিয়ে অত্যধিক ক্লোরাইড গ্রহণ এবং কাঠিন্য সৃষ্টিকারী কোন কোন স্থানান্তরণপ্রবণ কারসিনোমায়।

§ 608. I. রিকেট :

রিকেট হল শৈশবে D-ভিটামিনের অভাব জনিত বিপাক ক্রিয়ার সাধারণ বিশৃঙ্খলা। ফলে অস্থিতে ক্যালসিয়াম সঞ্চয়ে ঘাটতি পড়ে, যার জন্যে অস্থির মুক্তপ্রান্তগুলি আকারে বড় হয়ে যায় এবং কঙ্কালের নানারকম বিকৃতি ঘটে। 1675 খ্রীষ্টাব্দে গ্লিসন (Glisson) যখন সর্বপ্রথম এই রোগের বর্ণনা দেন সে-সময় এর প্রকোপ ছিল খুবই সাধারণ ঘটনা ; গত 50 বছরে ব্রিটেনে রোগটি বিরল হয়ে এসেছে।

লক্ষণ : সবচেয়ে প্রাথমিক যে-সব লক্ষণ সম্পর্কে চিকিৎসকের পরামর্শ চাওয়া হয় সেগুলি হল 6-12 মাস বয়সকালে শিশুর বসতে বা দাঁড়াতে দেরি হচ্ছে, পাকস্থলী ও অন্ত্রের বিশৃঙ্খলা দেখা দিচ্ছে, শ্বাসযন্ত্রের ক্ষরণশীল প্রদাহ-লক্ষণ প্রকাশ পাচ্ছে, মাথা ঘামছে এবং পেশীর অবিরাম সঙ্কোচন হচ্ছে। অস্থির পরিবর্তনগুলি বেদনাহীন।

প্রাথমিক নিদর্শন দেখা দেয় অস্থিতে : (i) পঞ্জরাস্থিগুলি বুকের সামনে যেখানে তরুণাস্থিদের সঙ্গে যুক্ত হয়েছে তার প্রান্তদেশ বৃহদাকার হয়ে উঠে দেখায় যেন জপমালার গুটির মত—যাকে বলা হয় "রিকেটের জপমালা"। (ii) করোটির সম্মুখভাগে অপরিণত ও অপূর্ণ অংশ ফন্টানেল (fontanelle) স্বাভাবিকের চেয়ে বড় এবং বন্ধ হয় দেরিতে ; ফলে সেটি 15-16 মাস বয়সে বন্ধ হওয়ার পরিবর্তে তৃতীয় বর্ষ পর্যন্ত উন্মুক্ত থাকতে পারে। ললাটাস্থি ও পার্শ্বকরোটিতে (frontal and parietal bones) ক্যালসিয়াম সঞ্চয় হয় প্রধানত ঐ দুই অস্থির উন্নীত অংশকে ঘিরে যার জন্যে ঐ অংশদুটি

লক্ষণীয় হয়ে ওঠে। করোটি, বিশেষ করে তার পশ্চাৎ অংশ (occipital) পাতলা হয়ে যেতে পারে। পরের দিকে যে-সব পরিবর্তন ঘটে সেগুলি হল—(iii) পঞ্জরাস্থিগুলির সঙ্গে তাদের তরুণাস্থির সংযোগস্থল ভিতর দিকে অবনমিত হওয়ার জন্যে বক্ষদেশের বিকৃতি ঘটে যার ফলে স্টারনাম এবং তরুণাস্থিগুলি লক্ষণীয়ভাবে সামনের দিকে এগিয়ে আসে (কপোত-বক্ষ) এবং পঞ্জরাস্থিগুলির সঙ্গে গভীর একটি পার্শ্বদেশীয় খাঁজে (lateral groove) এসে যুক্ত হয়। হ্যারিসন বর্ণিত আর একটি খাঁজ (sulcus) পঞ্জরের নিম্ন কিনারার ঠিক উপর দিয়ে বক্ষদেশকে আড়াআড়িভাবে অতিক্রম করে। (iv) দীর্ঘাস্থিগুলির বর্ধিতকায় মুক্তপ্রান্ত সবচেয়ে ভালভাবে দেখা এবং অনুভব করা যায় মণিবন্ধে। এক্স্-রে ছবিতে দেখা পরিবর্তনগুলি রোগ নির্ণয়ের সহায়ক। (v) পেশীর দুর্বলতার জন্যে মেরুদণ্ড পিছন দিকে বেঁকে যায় বলে শিশু উঠে বসলে কুব্জপৃষ্ঠ হয়ে যায়। পাশের দিকে বেঁকে যায় পরে। (vi) শ্রোণী গহ্বর বিকৃত হওয়ার কারণে পরবর্তীকালে সন্তান প্রসবে অসুবিধা ঘটে। (vii) কোমল হয়ে আসা অস্থি-সংলগ্ন পেশীগুলির টানের জন্যে শিশু হামাগুড়ি দেওয়ার সময় বাহুদুটি ধনুকের মত বেঁকে যায় এবং পাদুখানি বেঁকে যায় সামনে ও বাইরের দিকে। কঙ্কালের সঙ্গে সম্পর্কহীন পরিবর্তন হল: (viii) সমগ্র দেহের পেশীগুলির টান কমে যাওয়ার জন্যে শিশুর বসতে দাঁড়াতে এবং হাঁটতে দেরি হয়। (ix) উদরের পেশীগুলির টান কমে যাওয়ার কারণে এবং তার সঙ্গে অত্যধিক শর্করা জাতীয় খাদ্য খাওয়ার ফলে পেটে গ্যাস হয়, শিশু "স্ফীতোদর" হয়ে পড়ে। (x) রোগের অগ্রসর অবস্থায় লিভার এবং প্লীহা দুই-ই বড় হয়। (xi) দুধ-দাঁত ওঠে দেরিতে। (xii) লোহার ঘাটতি জনিত অ্যানিমিয়া সাধারণ ঘটনা। (xiii) শৈশবের নিরন্তর পেশী-সঙ্কোচন থেকে সৃষ্টি হয় ল্যারিংকস্-এর আকস্মিক আক্ষেপ, হাতের ও পায়ের বা আঙুলগুলির আক্ষেপ, এমনকি প্রবল সর্বাঙ্গীণ আক্ষেপ।

রো গ নি র্ণ য়: রিকেট নির্ণয়ের পক্ষে গুরুত্বপূর্ণ বিষয়গুলি নিম্নরূপ: কৃত্রিম খাদ্য-নির্ভর শিশুদের মধ্যে এ-রোগের অধিকতর প্রকোপ, অস্থির মুক্তপ্রান্তে ব্যথা এবং টিপলে বেদনাবোধের অনুপস্থিতি, সাধারণত 4-6 মাস বয়সের পর রোগের সূত্রপাত, 'পঞ্জরাস্থিতে জপমালার মত গুটির আবির্ভাব, ললাটাস্থিতে বৃহৎ অপরিণত ও উন্মুক্ত অংশ এবং প্রাথমিক দাঁতগুলি দেরিতে

তালিকা XLVII. রিকেট, সিফিলিস ও জলাতঙ্কের পার্থক্য নির্ণয়

	রিকেট	জন্মগত সিফিলিস	জলাতঙ্ক
1. ইতিহাস	আন্ত্রিক প্রদাহ, মাথায় স্বেদ ক্ষরণ, ত্রুটিপূর্ণ খাদ্য	নাসা ক্ষরণ, ত্বকে স্ফোটক, কণ্ডাইলোমেটা (আঁচিলের মত)	জন্মগত কিংবা মেনিনজাইটিসের পর অর্জিত অথবা শিরার উপর উদ্গত টিউমারের চাপ
2. বয়স	6 মাসের আগে অথবা দুই বছরের পর শুরু হয়না	প্রথম লক্ষণ জন্মের তৃতীয় সপ্তাহ থেকে তৃতীয় মাসের মধ্যে	জন্মগত বা অর্জিত
3. মাথার আকৃতি	প্রায়ই সামনে-পিছনে অবদমিত ; ললাটাস্থির উন্নীত অংশটি লক্ষণীয়	ললাটাস্থি ও পার্শ্ব-করোটির উন্নীত অংশ অসম। নাসাদণ্ড অবনমিত	বিভিন্ন দিকে স্ফীত হয়ে ওঠে। সাধারণত গোলাকার
4. ফনটানেল	দেরিতে বন্ধ হয়	চারটি উন্নীত অংশের মধ্য-স্থলে অবনমিত	স্ফীত, জোড়ের মুখে পৃথক
5. অন্যান্য বৈশিষ্ট্য	অস্থির মুক্তপ্রান্ত বৃহদাকার, দাঁত ওঠে দেরিতে	স্থায়ী দাঁতগুলি খাঁজ বিশিষ্ট ; মুখে ক্ষতাঙ্ক	বুদ্ধি স্তিমিত, কখনো জড়বুদ্ধি

ওঠা। মণিবন্ধের এক্স্-রে ছবিটি বৈশিষ্ট্যপূর্ণ। দীর্ঘাস্থির দেহকাণ্ডের প্রান্তদেশ অবতল ও চওড়া এবং অস্থিপ্রান্তের সীমারেখাটি অস্বচ্ছ। তাছাড়া সাধারণভাবে অস্থিগুলি ছিদ্রবহুল।

সিফিলিসে অস্থির মুক্তপ্রান্তের প্রদাহ হয় জন্ম গ্রহণের পর প্রথম কয়েক মাস ; সে-প্রদাহ বেদনাদায়ক এবং সাধারণত আক্রমণ ঘটে একটি অস্থিতে ; অবশ্য তার সঙ্গে সিফিলিসের অন্যান্য সন্দেহাতীত নিদর্শনও উপস্থিত থাকে (§ 500)।

শৈশবের স্কার্ভিতে দীর্ঘাস্থির দেহকাণ্ডের পেরিয়স্টিয়ামের নিচে তীব্র বেদনাদায়ক স্ফীতির উদ্ভব হয়ে থাকে (§ 560)।

বামনাস্থি বা অ্যাকনড্রোপ্লেসিয়া খুবই বিরল (§ 616)।

উৎপত্তি: D-ভিটামিনের অভাব ছেলে মেয়ে উভয়ের ক্ষেত্রে সমভাবেই ঘটে থাকে এবং ব্যাধিটি বেশি দেখা যায় শহরাঞ্চলে, বছরের সূর্যালোকহীন মাসগুলিতে। ক্ষুদ্রান্ত্র থেকে ক্যালসিয়াম এবং কিছুটা ফসফরাস অবশোষণের জন্যে এই ভিটামিনটি অপরিহার্য। একই রাসায়নিক উপাদানবিশিষ্ট কমপক্ষে এমন দশটি বিভিন্ন পদার্থ আছে যা রিকেট নিবারণ কিংবা নিরাময় করে। সাধারণত ভিটামিন-D বলতে বোঝায় বিকীর্ণ আরগোস্টেরল (ক্যালসিফেরল বা ভিটামিন-D_2) এবং বিকীর্ণ 7-ডাইহাইড্রোকোলেস্টেরল (ভিটামিন-D_3)। ভিটামিন-D_2 হচ্ছে ঈষ্ট, চারাগাছ ও ছত্রাকে অবস্থিত আরগোস্টেরল থেকে কৃত্রিমভাবে সংশ্লেষিত পদার্থ। ভিটামিন-D_3 তৈরি হয় ত্বকে অবস্থিত কিছু অগ্রদূত জাতীয় পদার্থের উপর অতিবেগনি রশ্মি বিকিরণে অথবা স্বাভাবিক সূর্যালোকের প্রভাবে, আর সহজাত রূপে পাওয়া যায় কড ও হ্যালিবাট মাছের লিভার-স্থিত তেলে। কাজেই স্বাভাবিক সূর্যালোকে কিংবা বৈদ্যুতিক প্রদীপ-নির্গত অতিবেগনি রশ্মিতে উন্মুক্ত ত্বক রিকেট নিবারণ বা নিরাময় করতে পারে। D-ভিটামিনের ঘাটতিতে রক্তরসে সাধারণত অজৈব ফসফেটের এবং আরও কম ক্ষেত্রে ক্যালসিয়ামের ঘাটতি হয়।

পূর্বাভাস: অস্থিতে পরিবর্তন ঘটার আগে চিকিৎসা শুরু করলে দ্রুত সাড়া পাওয়া যায় ; অন্যথায় হাতে-পায়ে, মেরুদণ্ডে, বক্ষদেশে, এবং শ্রোণীতে স্থায়ী বিকৃতি ঘটে, বৃদ্ধি ব্যাহত হয়। প্রায়ই অবতল জানু, ধনুক-পা ও সমতল পায়ের পাতার উদ্ভব হয়ে থাকে। রিকেটে মৃত্যু

হওয়ার কারণ ব্রঙ্কাইটিস, নিউমোনিয়া ও আন্ত্রিক বিশৃঙ্খলা ইত্যাদির প্রতি প্রতিরোধ ক্ষমতা হ্রাস পাওয়া অথবা পেশীর নিরন্তর আক্ষেপ। অন্যান্য উপসর্গের মধ্যে দেখা যায় অস্থির একপাশ ভেঙ্গে যাওয়া (green-stick), বিলম্বিত দন্তোদ্গম এবং চোয়ালের ত্রুটিপূর্ণ বৃদ্ধির কারণে গুচ্ছবদ্ধ দাঁত।

চি কি ৎ সা : প্রথম প্রয়োজন মুখ দিয়ে প্রতিদিন 2000 আন্তর্জাতিক ইউনিট (IU) মাত্রায় ভিটামিন-D প্রয়োগ করা ; এই মাত্রাটি আছে 0·25 মিলিলিটার ঘনীভূত তরল ভিটামিন-Dতে অথবা 15 ফোঁটা হ্যালিবাট লিভারের তেলে। রিকেটাক্রান্ত রোগীদের খাদ্যে প্রায়ই যে বৈষম্য থাকে তার সংশোধন করার জন্যে শর্করা জাতীয় খাদ্য কমিয়ে, খেতে দিতে হবে দুধ, মাখন, ক্রীম ও টাটকা ফল। স্বাভাবিক সূর্যালোকে যে অতিবেগনি রশ্মি আছে তাতে অথবা অতিবেগনি প্রদীপ নিঃসৃত রশ্মিতে দেহ উন্মুক্ত করে রাখলেও নিরাময়ে সাহায্য হয়। প্র তি ষে ধ হিসাবে 6 মাসের শিশুকে প্রতিদিন 600-800 আন্তর্জাতিক ইউনিট ভিটামিন-D দিতে হবে। দুই চা-চামচ (8 মিলিলিটার) কডলিভার তেলে অথবা 5 ফোঁটা হ্যালিবাট লিভারের তেলে ঐ পরিমাণ ভিটামিন-D পাওয়া যায়। ক্যালসিফেরল অথবা বিকীর্ণ আরগোস্টেরল বৃহৎ মাত্রায় প্রয়োগ করা বিপজ্জনক। খুব উগ্র অবস্থায় রোগী যাতে চলাফেরা না করে তার জন্যে দু-তিন সপ্তাহ অনড়ফলক ব্যবহার করার দরকার হয়।

অ ন্যা ন্য প্র কৃ তি র রি কে ট

(1) বি ল ম্বি ত রি কে ট : দেশে যখন দীর্ঘকাল ধরে জান্তব চর্বি ও দুগ্ধজাত খাদ্যের প্রচণ্ড অপ্রতুলতা ঘটে—যেমন হয়েছিল প্রথম বিশ্বযুদ্ধের সময়—সে-রকম পরিস্থিতিতে বয়ঃসন্ধিকাল পর্যন্ত বিলম্বিত রিকেটাক্রান্ত রোগী দেখা যেতে পারে। শিশুদের রিকেটের বিপরীত অবস্থা হল বয়ঃপ্রাপ্তের কোমলাস্থি ; ব্যতিক্রম শুধু প্রথমোক্তদের অস্থির বৃদ্ধি ব্যাহত হওয়া। ভারতবর্ষের মত যে-সব দেশে ছোট এবং তরুণী মেয়েরা পর্দা প্রথার অধীন অথবা ঘরের মধ্যেও অবগুণ্ঠনে জীবন যাপন করে তাদেরও অস্থি-বিকৃতি হওয়া সম্ভব।

(2) সি লি য়া ক-রি কে ট হয় শিশুদের দুরন্ত উদরীয় (সিলিয়াক) ব্যাধিতে (§ 317)। এতে অস্থির যে পরিবর্তন ঘটে তা দুরন্ত সাধারণ রিকেটেরই অনুরূপ এবং কার্যকর চিকিৎসায় উন্নতিও ঘটে। এর কারণ হল

ক্যালসিয়াম ও ভিটামিন-ডির ত্রুটিপূর্ণ অবশোষণ ; তবে শিশুর বৃদ্ধি শুরু না হওয়া পর্যন্ত, অর্থাৎ ঐ উপাদনাগুলির চাহিদা না বাড়া পর্যন্ত রোগের আত্ম-প্রকাশ হয়না। শেষপর্যন্ত পূর্বাভাস ভালই। এক্ষেত্রে প্রয়োজন প্রতিদিন 0·3-0·5 মিলিমিটার ঘনীভূত তরল ভিটামিন-D।

(3) কিডনী ঘটিত রিকেটের কারণ দীর্ঘস্থায়ী কিডনী-ব্যাধি। সাধারণত শুরু হয় বছর সাতেক বয়সে, যদিও জন্মলগ্ন থেকে অথবা বয়ঃ-সন্ধিকালেও সূত্রপাত হতে পরে। প্রধান বৈশিষ্ট্য হল বৃদ্ধি ব্যাহত হওয়া (কিডনী ঘটিত বামন) ও অবতল জানু। তবে সযত্ন পরীক্ষায় অস্থির মুক্তপ্রান্ত বড় হওয়ার মত রিকেটের অন্যান্য নিদর্শনও ধরা পড়ে। কিডনী সম্পর্কিত লক্ষণ হচ্ছে : প্রস্রাবের পরিমাণ বৃদ্ধি, তার আপেক্ষিক গুরুত্ব কম এবং সামান্য অ্যালবিউমিনের উপস্থিতি (§ 404)। রক্ত পরীক্ষায় দেখা যায় নাইট্রোজেন ঘটিত পদার্থগুলি এবং ফসফেটও সঞ্চিত হচ্ছে এবং ক্ষার সংরক্ষণ খুবই কম (কিডনী ঘটিত অম্লরক্ততা)। অস্থি-বিকৃতির কারণ ফসফেট নিঃসরণে কিডনীর অক্ষমতা এবং ক্যালসিয়ামের আপেক্ষিক ঘাটতি।

এই গোষ্ঠির অন্তর্ভুক্ত এক বিশেষ ধরনের রিকেট হল ফ্যানকনি (Fanconi) বর্ণিত উপব্যাধি যাতে কিডনীর নালিকাগুলিতে বিশেষ করে ফসফেটের পুনঃশোষণ ব্যাহত হয় (§ 422)। এর পূর্বাভাস সাধারণত অশুভ, অধিকাংশ রোগী ব্যাধির দ্বিতীয় দশকে প্রাণ হারান।

চিকিৎসা : রিকেটের লক্ষণগুলির সর্বোত্তম চিকিৎসা হল অ্যাল-ক্যালি, ক্যালসিয়াম গ্লুকোনেট এবং দৈনিক 20,000 আন্তর্জাতিক ইউনিট ভিটামিন-D প্রয়োগ। তবে এই চিকিৎসায় কিডনী-পীড়ার কোন সুরাহা হয়না। সূর্যালোকের কিংবা কৃত্রিম আলোর অতিবেগনি রশ্মি প্রয়োগে সাধারণ রিকেট নিরাময় হলেও কিডনী ঘটিত রিকেট কিন্তু বৃদ্ধি পায়।

(4) কখনো কখনো ফসফেটেজ-এর ঘাটতি লক্ষ্য করা গিয়েছে। অস্থিতে ক্যালসিয়াম ফসফেট সঞ্চয়ের জন্যে ফসফেটেজ-এর প্রয়োজন, অথচ প্রায় সমস্ত টিস্যুতেই এই কিণ্বপদার্থটির অভাব ঘটে। ঘাটতি সবচেয়ে বেশি দেখা যায় সিরামে। রিকেটের লক্ষণগুলির সঙ্গে তাড়াতাড়ি দাঁত পড়ে যায়, অস্থির ছিদ্রবাহুল্য ঘটে এবং কখনো কখনো সৃষ্টি হয় নেত্রস্নায়ুর শোথ ও অন্ধত্ব।

§ 609. **কোমলাস্থি** (Osteomalacia) :

প্রাপ্তবয়স্কদের কোমলাস্থি শিশুদের রিকেটের প্রতিরূপ। এটি একটি দীর্ঘস্থায়ী বিশৃঙ্খলা যার সূত্রপাত হয় 20 থেকে 30 বছর বয়সে। সাধারণত আক্রান্ত হন ভারত চীন জাপান এবং দূরপ্রাচ্যের অন্যান্য দেশের মহিলারা। ব্রিটেনে রোগটি বিরল। এ-রোগে নবজাত অস্থিটিস্যুতে ক্যালসিয়াম সঞ্চয় হয় কম যার ফলে কঙ্কালাস্থির ঘনত্ব হ্রাস পায়। অস্থিগুলি নরম ও ভঙ্গুর হয়ে পড়ে।

ল ক্ষ ণ : (1) পিঠে এবং উরুতে টনটনে ব্যথা হয় এবং সে ব্যথা রাতে বেড়ে যায় ; সঙ্গে হাত-পায়ের পেশীগুলি দুর্বল হয়ে পড়ে। প্রায়ই অস্থিগুলিতে টিপলে বেদনাবোধ জাগে। (2) কয়েক মাস পরেই ভার বহনকারী অস্থিগুলি বেঁকে যায়, পা-দুটি হয় ধনুকের মত। মেরুদণ্ডের ভঙ্গি হয় বিকৃত, দৈহিক উচ্চতা হ্রাস পায়, শ্রোণী গহ্বর চেটাল হয়ে যাওয়ার ফলে প্রসবের সময় অসুবিধা হয়, ফিমার অস্থির গলাটি নিচের দিকে ঝুঁকে যেতে পারে (coxa vara)। (3) চাপ জনিত অস্থিভঙ্গ সাধারণ ঘটনা হলেও তা সহজেই জোড়া লেগে যায়। (4) পেশীর অবিরাম আক্ষেপ ঘটতে থাকে। বয়ঃসন্ধিকালে, গর্ভাবস্থায় এবং স্তন্যদায়িনী পর্যায়ে অবস্থার আরও অবনতি ঘটে। প্রায়ই সঙ্গে থাকে লোহার ঘাটতি জনিত অ্যানিমিয়া।

রো গ নি র্ণ য় : বিকৃতিগুলি বৈশিষ্ট্যপূর্ণ। এক্স্-রে ছবিতে দেখা যায়, যেখানে অস্থিটিস্যুর উদ্ভব হয়ে থাকে সেই জমিনে ক্যালসিয়াম সঞ্চয় না হওয়ার জন্যে অস্থি থেকে জমিন পর্যন্ত তন্তু গঠিত ফিতা বা পটির উদ্ভব (Trabeculation) বৃদ্ধি পায়। পরবর্তী পর্যায়ে সর্বাঙ্গের অস্থিগুলিতে ক্যালসিয়াম সঞ্চয়ে ঘাটতির জন্যে ছবিটি দেখায় তুষারাবৃত বা ঘষা কাচের মত।

উ ৎ প ত্তি : অস্থিতে খনিজ পদার্থ হ্রাস পাওয়ার কারণ : (i) দুর্ভিক্ষ বা দারিদ্র্যের জন্যে খাদ্যে ভিটামিন-D ও ক্যালসিয়ামের ঘাটতি ; (ii) গ্রেট ব্রিটেনে এ-রোগের কারণ হল যে-কোন অবস্থার জন্যে দীর্ঘস্থায়ী স্টিয়াটোরিয়ার উদ্ভব, যার ফলে ক্ষুদ্রান্ত্র থেকে ক্যালসিয়াম এবং/অথবা ভিটামিন-D অবশোষিত হয়না ; (iii) দীর্ঘস্থায়ী কিডনী-পীড়া, বিশেষ করে কিডনীর নালিকাগুলিতে ত্রুটিপূর্ণ অবশোষণ একটি বিরল কারণ।

চি কি ৎ সা : কারণটি দূর করতে হবে ; দিনে 50.000 আন্তর্জাতিক

ইউনিট ক্যালসিয়াম প্রয়োগ করতে হবে। কিডনীর ব্যাধি ছাড়া অন্যান্য ক্ষেত্রে অতিবেগনি রশ্মি প্রয়োগে উপকার হয়।

§ 610. III. অস্থির ছিদ্রবাহুল্য ঃ

গ্রেট ব্রিটেনে কোমলাস্থির চেয়ে ছিদ্রবহুল অস্থির প্রকোপ বেশি। এই বিকৃতি দেখা যায় মহিলাদের ঋতুনিবৃত্তির পর এবং বৃদ্ধদের মধ্যে। প্রাথমিক কারণ হল অস্থিটিস্যুবর্ধক জমিনে প্রোটিনের ঘাটতি। ঘটনাটি ঘটে যদি ঐ জমিনে প্রোটিন পদার্থের পুনর্গঠন অপ্রতুল হয় অথবা যদি সেই প্রোটিন অত্যধিক ক্ষয় পায়।

ল ক্ষ ণ প্রকাশ পায় পৃষ্ঠদেশের মধ্য এবং নিম্নাংশের কশেরুকাগুলি, বিশেষ করে কটিদেশীয় কশেরুকাগুলি নরম হয়ে এলিয়ে পড়ার জন্যে; পরবর্তীকালে দীর্ঘাস্থিগুলিও আক্রান্ত হতে পারে। পিঠে মৃদু ব্যথা হতে থাকে; পড়ে গিয়ে কশেরুকাগুলি হঠাৎ এলিয়ে গেলে সে-ব্যথা প্রচণ্ড রূপ নিতে পারে। কশেরুকা এবং দীর্ঘাস্থিগুলি ভেঙ্গে যাওয়াও সম্ভব। প্রথম দিকে স্বাভাবিক পুষ্টি বজায় থাকলেও পরে ওজন হ্রাস পায়।

রো গ নি র্ণ য় ঃ মধ্যবয়সী কোন মহিলা উপরিউক্ত লক্ষণের অভিযোগ করলে ঐ অবস্থা সন্দেহ করা উচিত। পিঠের নিম্নাংশের এবং কটিদেশীয় কশেরুকার পার্শ্বদেশীয় এক্স্-রে ছবিতে দেখা যায় কশেরুকাদের অন্তর্বর্তী পরিসর স্বাভাবিকই আছে, কিন্তু কশেরুকা-দেহ এলিয়ে পড়েছে এবং অস্থির স্বাভাবিক জালিকা-চরিত্র নষ্ট হয়ে গিয়েছে। করোটিতে কিন্তু এই পরিবর্তন হয়না। রক্ত-চরিত্র সম্পর্কে তালিকা XLVIII দ্রষ্টব্য।

উ ৎ প ত্তি ঃ যে প্রোটিন গঠিত জমিনে অস্থিটিস্যুর বৃদ্ধি হয় তার পুনর্গঠন নির্ভর করে নিম্নোক্ত অবস্থাগুলির উপর ঃ (1) পর্যাপ্ত দেহ-প্রোটিনের উপস্থিতি; খাদ্যে প্রোটিনের একান্ত ঘাটতি হলে অথবা দীর্ঘকাল ধরে প্রোটিন ক্ষয় পেলে দেহ-প্রোটিনের ঘাটতি সৃষ্টি হয়; (2) পর্যাপ্ত ইস্ট্রোজেন, অ্যাণ্ড্রোজেন এবং কিছুটা থাইরয়েড হরমোনের উপস্থিতি; (3) প্রতিদিন অস্থিকে চালনা করা; তাই দীর্ঘকাল শয্যাশায়ী থাকা ক্ষতিকর। দীর্ঘকাল ধরে বৃহৎ মাত্রায় কর্টিকোস্টেরয়েড ও কর্টিকোট্রোপিন প্রয়োগে অস্থিবর্ধক প্রোটিন গঠিত জমিন বেশি পরিমাণে ধ্বংস হয়। ছড়িয়ে পড়া ধরনের লুপাস এরিথোমেটোসাসে কিংবা রিউম্যাটয়েড ব্যাধির অগ্রসর অবস্থায়, কাশিং

বর্ণিত উপব্যাধিতে এবং দীর্ঘকালীন থাইরয়েড ব্যাধিতে ঐভাবে চিকিৎসা করলে সেই পরিণতিই ঘটে থাকে।

তালিকা XLVIII. অস্থিপীড়ায় সিরামে জৈবরাসায়নিক পরিবর্তন

	ক্যালসিয়াম	অজৈব ফসফেট	অ্যালকালাইন ফসফেটেজ
কোমলাস্থি	স্বাভাবিক কিংবা কমে যায়	স্বাভাবিক কিংবা কম	বৃদ্ধি পায়
অস্থির ছিদ্রবাহুল্য	স্বাভাবিক	স্বাভাবিক কিংবা বেশি	স্বাভাবিক
প্যারাথাইরয়েড-এর ক্রিয়াকলাপ	বৃদ্ধি পায়	কম	বৃদ্ধি পায়
অস্থির প্রদাহ ও বিকৃতি	স্বাভাবিক	স্বাভাবিক	বৃদ্ধি পায়

পূর্বাভাস : সাধারণত লক্ষণ প্রকাশের আগেই রোগটি অনেক দূর অগ্রসর হয়ে যায়। লক্ষ্য করা গিয়েছে যে এক্স্‌-রে ছবিতে পরিবর্তন সুস্পষ্ট হওয়ার আগে কশেরুকার 60 শতাংশেরও বেশি অবশোষিত হয়ে গিয়েছে। চিকিৎসা না করলে অবস্থার ক্রমাবনতি হতেই থাকে। বারবার গর্ভধারণে ব্যাধি আরও বৃদ্ধি পায়।

চিকিৎসা করা হয় কারণটি দূর করে—যেমন বৃহৎ মাত্রায় কর্টিকোস্টেরয়েড জাতীয় ওষুধ পরিহার করে। এক বা ততোধিক বছর ধরে ইস্ট্রোজেন ও অ্যাণ্ড্রোজেন প্রয়োগ করলে অস্থিটিস্যুর উৎপত্তি উদ্দীপ্ত হয়ে থাকে। ঋতুনিবৃত্তির পর অস্থির ছিদ্রবাহুল্য হলে 0·5 মিলিগ্রাম স্টিলবেস্টরল ট্যাবলেট দিনে তিনবার করে দেওয়া যেতে পারে, অথবা দেওয়া যেতে পারে 0·02 মিলিগ্রাম মাত্রায় ইথিনিল ইস্ট্রাডিয়ল[1] দিনে তিনবার এবং তার সঙ্গে দিনে তিনবার 5 মিলিগ্রাম মিথিল টেস্টোস্টেরোন[2]। বৃদ্ধদের

1. Ethinyl œstradiol 2. Methyl testosterone

দরকার পুং-বৈশিষ্ট্য সৃষ্টিকারী অ্যাণ্ড্রোজেন। এই ওষুধগুলি যদি সহ্য করা না যায় এবং যদি অপ্রীতিকর পুরুষোচিত উত্তেজনার উদ্ভব হয়, সেখানে ওগুলির পরিবর্তে দেওয়া যেতে পারে নরইথানড্রোলোন[1] 10 মিলিগ্রাম করে দিনে তিনবার অথবা সপ্তাহে একবার করে 25 মিলিগ্রাম ন্যানড্রোলোন[2] (ডুরাবোলিন) ইনজেকসন। এগুলির পুং-বৈশিষ্ট্য সৃষ্টিকারী আনুষঙ্গিক প্রতিক্রিয়া অনেক কম। এইসব পদার্থ দেহে ক্যালসিয়াম ধরে রাখতে সাহায্য করে। শোথ দেখা দিলে প্রস্রাব উদ্দীপক ওষুধ ব্যবহার করতে হবে।

§ 611. IV. **অস্থির প্রদাহ ও বিকৃতি** [সমনাম: প্যাগেট (Paget) বর্ণিত অস্থি-পীড়া]: ব্যাধিটি প্রায়ই দেখা যায় চল্লিশোর্ধ্বদের মধ্যে— মহিলাদের তুলনায় পুরুষদেরই বেশি। অস্থির ব্যাস দীর্ঘস্থায়ীভাবে বড় হয়ে যায়, সঙ্গে অস্থিটিস্যুর প্রদাহমূলক তনুভবন ঘটে (rarefaction) এবং হ্যাভারসিয়ান নালিকাগুলির[3] অন্তর্বর্তী পরিসরও বৃদ্ধি পায়। প্যাগেট বর্ণিত এই প্রদাহ ও বিকৃতি হতে পারে এক বা একাধিক অস্থিতে। ব্যাধিটি ক্রমপ্রসারী কিন্তু কখনোই সম্পূর্ণ অস্থিটি আক্রান্ত হয়না। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় শ্রোণী, নিচের দিকের কশেরুকা, টিবিয়া, ফিমার, করোটির খিলান এবং কণ্ঠাস্থি।

লক্ষণ: (1) বহুক্ষেত্রে কোন লক্ষণই থাকেনা অথবা সেগুলি দেখা দেয় সূচনার দশ বা ততোধিক বছর পরে—হয়তো অন্য কোন অসুস্থতার কারণে এক্স্-রে করতে গিয়ে ধরা পড়ে যায়। সাধারণ স্বাস্থ্যের ব্যতিক্রম সাধারণত হয়না। লক্ষণ যদি প্রকাশ পায় সেগুলি নির্ভর করে অস্থির অবস্থার উপর। (2) সবচেয়ে সাধারণ লক্ষণ হল ব্যথা—মৃদু টনটনে থেকে শুরু করে প্রচণ্ড জ্বালাময় বা বিদ্ধ হওয়ার মত ব্যথা। উপরতলের অস্থি আক্রান্ত হলে সেখানে রক্ত সরবরাহ বৃদ্ধি পাওয়ার জন্যে এলাকাটি যথেষ্ট গরম বোধ হয়, করোটি আক্রান্ত হলে হয় শিরঃপীড়া। (3) বিকৃতি সবচেয়ে প্রকট হয় টিবিয়াতে—অস্থিটি চওড়া হয়ে ধনুকের মত বেঁকে যায়। এক বা উভয় দিকের ফিমার কিংবা টিবিয়া ব্যাপকভাবে আক্রান্ত হলে বিকৃতি লক্ষণীয় হয়ে ওঠে এবং জানুদুটি পরস্পরের থেকে যথেষ্ট দূরে সরে যায়।

---

1. Norethanndrolone 2. Nandrolone 3. Haversian canals—অস্থিটিস্যুতে পরস্পর সংযোগী নালিকাসমূহ।

(4) রোগী অভিযোগ করতে পারেন যে তাঁর করোটির খিলান ধীরে ধীরে বড় হয়ে যাচ্ছে যার ফলে বড় মাপের টুপির দরকার হচ্ছে ; মুখের কিন্তু কোন পরিবর্তন হচ্ছে না। (5) ক্রমবর্ধমান বধিরতা এবং কানের মধ্যে ঘণ্টাধ্বনির কারণ রগাস্থির (টেম্পোরাল অস্থির) প্রস্তর সদৃশ অংশের পরিবর্তন অথবা শ্রুতি-স্নায়ুর উপর চাপ সৃষ্টি। তুলনায় কম ক্ষেত্রে দৃষ্টি-স্নায়ুর ছিদ্র অপটিক ফোরামেনের কাছে ঐ স্নায়ুটির উপর চাপ পড়ার জন্যে দৃষ্টি শক্তি নষ্ট হয়ে যায়। (6) সুষুম্নার স্নায়ুমূলগুলির উপর চাপ সৃষ্ট মূল-ব্যথা (root pain) অস্বাভাবিক এবং সুষুম্নাকাণ্ডের উপর চাপ পড়াও বিরল ঘটনা। (7) রোগের অগ্রসর অবস্থায় মেরুদণ্ড কুব্জ হয়ে যাওয়ার জন্যে মাথাটি সামনের দিকে এগিয়ে আসে এবং উভয় পা বাইরের দিকে ও সামনের দিকে ধনুকের মত বেঁকে যায় (8) নিতম্ব, জানু, গুলফ্ সন্ধি অথবা মেরুদণ্ডে অস্থি ও সন্ধি-প্রদাহের কারণ অস্থির বিকৃতি প্রসূত অস্বাভাবিক চাপ।

রো গ নি র্ণ য় : পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় অস্থিতে কারসিনোমা—বিশেষ করে প্রস্টেট থেকে স্থানান্তরিত কারসিনোমাক্রান্ত কোষ সংস্থাপনের কারণে। কখনো কখনো উভয় ক্ষেত্রেই মেরুদণ্ড ও নিতম্বাস্থির এক্স্-রে ছবি একই রকম হতে পারে। অস্থির প্রদাহ ও বিকৃতিতে অস্থির বহিরাংশ অবশোষিত হয়ে মজ্জার মত দেখায়, তন্তুজ ফিতা বা ট্রাবিকিউলাগুলি হয়ে ওঠে আরও স্পষ্ট ও পরস্পরের থেকে আরও বিচ্ছিন্ন। এ-রোগে অস্থিগুলি যে-রকম চওড়া হয়ে বেঁকে যায় কারসিনোমায় কখনো তা দেখা যায়না এবং করোটি পুরু হয়ে যাওয়া অথবা অস্থির বিবর্ণতাও বৈশিষ্ট্যপূর্ণ। অস্থির প্রদাহ ও বিকৃতিতে সিরামে অ্যালকালাইন ফসফেটেজ বৃদ্ধি পায়, আর প্রস্টেটের কারসিনোমায় বৃদ্ধি পায় অ্যাসিড ফসফেটেজ। প্যাগেট বর্ণিত ব্যাধিতে সিরামে ক্যালসিয়াম ও ফসফেট যেমন স্বাভাবিক থাকে থাইরয়েড-এর বৃদ্ধিতে তা কিন্তু হয়না (ক্যালসিয়াম বৃদ্ধি পায়, ফসফরাস স্বাভাবিকের কম)। একটি মাত্র অস্থি আক্রান্ত হলে সিফিলিস ঘটিত অস্থি-প্রদাহের কথাও ভাবতে হবে।

উ ৎ প ত্তি : কারণটি অজ্ঞাত, তবে সন্দেহ করা হয়, অস্থির বিপাক ক্রিয়ায় কিছু বিশৃঙ্খলা ঘটে থাকে। অস্থিটি অস্থি-অবশোষণকারী ও অস্থি-বর্ধক কোষে পরিপূর্ণ থাকে। প্রথমোক্তরা অস্থিটিস্যুর পুনঃশোষণ ঘটায় আর

শেষোক্তরা পেরিয়স্টিয়ামের নিচে নতুন অস্থি সৃষ্টি করে। আক্রান্ত অস্থিতে রক্তনালীর সংখ্যা প্রচুর বৃদ্ধি পায় এবং ক্যালসিয়ামচ্যুত এলাকাগুলিতে ধমনী ও শিরা ভিন্ন পথে অপসারিত হওয়ার ফলে হৃৎ-অক্ষমতা সৃষ্টি হতে পারে।

পূর্বাভাস: রোগী তাঁর অসুস্থতা নিয়েই স্বাভাবিক জীবন যাপন করেন। সন্নিহিত সন্ধিগুলির, বিশেষ করে মেরুদণ্ডের কটিদেশীয় অংশে ও পায়ে সন্ধি-প্রদাহের উদ্ভব হতে পারে। বিকার জনিত কারণে অস্থিভঙ্গ হলেও তা সহজেই জোড়া লেগে যায়। কোন কোন ক্ষেত্রে রক্ত সঞ্চালনে অক্ষমতা ঘটে। অস্থিবর্ধক টিস্যুর, বিশেষ করে শ্রোণী গহ্বরের অস্থিতে সারকোমা বিরল ঘটনা।

চিকিৎসায় রোগের গতি-প্রকৃতিতে কোন তারতম্য হয়না। নিয়মিত বেদনানাশক ওষুধ, প্রেডনিসোলোন অথবা স্থানীয়ভাবে গভীর এক্স্-রশ্মি প্রয়োগে ব্যথা কমে যায়। জীব-জন্তুদের কোমলাস্থিতে ক্যাল-সিয়াম ও ফসফরাসের হার পরিবর্তন করে সুফল পাওয়ায় কেউ কেউ তাঁদের রোগীদের ক্যালসিয়াম-সমৃদ্ধ অথচ কম ফসফরাসযুক্ত পথ্য খাইয়ে সুফল পেয়েছেন বলে জানা গিয়েছে; ওঁরা তাই সুপারিশ করেন প্রচুর পরিমাণে দুধ এবং সঙ্গে ক্যালসিয়াম সোডিয়াম ল্যাকটেট ও ক্যালসিফেরল।

§ 612. V. দীর্ঘস্থায়ী পেরিয়ষ্টিয়াম-প্রদাহ ও অস্থি-প্রদাহ:

টিউবারকুলোসিস, সিফিলিস এবং অন্যান্য ব্যাধিজনিত অস্থির ক্ষয়, পচন ও অন্যান্য শারীরস্থানিক পরিবর্তন এই গোষ্ঠীর অন্তর্ভুক্ত। পেরিয়স্টিয়াম-প্রদাহ ও অস্থি-প্রদাহ একই সঙ্গে আলোচিত হয়েছে এই কারণে যে প্রদাহ-প্রক্রিয়া যে-কোন এক জায়গায় শুরু হলেও অচিরে পরস্পরে ছড়িয়ে পড়ে।

লক্ষণ শুরু হতে পারে ব্যথা এবং লাল হয়ে ফুলে ওঠার সঙ্গে। সাধারণত শুরু হয় অজ্ঞাতে যদিও সে-অবস্থাতেও লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্য হল ব্যথা (বিশেষ করে রাত্রে) এবং অস্থির কায়বৃদ্ধি। এর পরই অস্থিটি নরম হয়ে আসে অথবা তার কোন অংশের মৃত্যু হয় (বা পচন ঘটে) এবং পুঁজযুক্ত প্রদাহের লক্ষণ দেখা দেয়।

কারণ ও পার্থক্য নির্ণয়: (1) বীজাণুদূষণ অথবা তজ্জনিত বিষক্রিয়ার উদ্ভব না হলে শুধু আঘাতের ফলে পেরিয়ষ্টিয়ামের ও অস্থির দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহ বিরল ঘটনা। ইতিহাস থেকে ব্যাপারটি বোঝা যায় এবং

আক্রান্ত হয় একটি মাত্র অস্থি। (2) যক্ষ্মার অনুকূল স্থান হল অস্থির মুক্ত-প্রান্ত যেখানে দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহের উদ্ভব হয়—বিশেষ করে হয় নিতম্বে ও জানুতে। কখনো কখনো হয় অস্থি-প্রদাহ—যেমন আঙুলে, যার বৈশিষ্ট্য হল কূর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলক পুরু হয়ে যাওয়া; একে বলা হয় যক্ষ্মা ঘটিত অঙ্গুলি-প্রদাহ। যে-কোন জায়গাতেই হোক এই প্রদাহ থেকে ক্ষয় ও পচন শুরু হয়ে যেতে পারে। অস্থির টিউবারকুলোসিস চেনা যায় নিম্নোক্ত নিদর্শন থেকে: (i) রোগীর বয়স কম, (ii) যক্ষ্মার পারিবারিক ইতিহাস, (iii) মাঝে মাঝে বৈশিষ্ট্যপূর্ণ জ্বর, (iv) ফুসফুসে কিংবা অন্যত্র যক্ষ্মার নিদর্শন পাওয়া যাচ্ছে, (v) ব্যাধি-প্রক্রিয়াটি দীর্ঘস্থায়ী চরিত্রের এবং (vi) সে-প্রক্রিয়া প্রায়ই একটি আঙুলে সীমাবদ্ধ। (3) সি ফি লি স ঘটিত অস্থির ব্যাধি অর্জিত অথবা জন্মগত হতে পারে। (a) অর্জিত সিফিলিসের রূপ হতে পারে দীর্ঘস্থায়ী ছড়িয়ে পড়া ধরনের, অথবা কোন এক জায়গায় সীমাবদ্ধ পেরিয়স্টিয়াম-প্রদাহ (গুটি); অথবা ছড়িয়ে পড়া ধরনের বা গামেটা[1] জাতীয় স্থানীয় অস্থি-প্রদাহ—যার বৈশিষ্ট্য হল (i) রাতে ব্যথা হওয়া, (ii) সিফিলিসের অন্যান্য লক্ষণের উপস্থিতি, (iii) রক্তের সিরাম পরীক্ষায় অস্তিবাচক ফল। (b) জন্মগত সিফিলিসের লক্ষণ শৈশবেই দেখা দিতে পারে; তার নিদর্শন অর্জিত সিফিলিসের মতই। শৈশবে অস্থির মুক্তপ্রান্তের দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহকে রিকেট বলে ভুল হওয়া সম্ভব। এক্ষেত্রে এক বা একাধিক অস্থি আক্রান্ত হতে পারে, কিন্তু রিকেটের মত উভয় দিকই সমভাবে আক্রান্ত হয়না। জন্মগত সিফিলিস জনিত বিকৃতি এবং রোগীর চেহারা ও গঠন (§ 500) বৈশিষ্ট্যপূর্ণ—যেমন ললাটাস্থি ও পার্শ্বকরোটির ঢিবি (প্যাগেট বর্ণিত পিণ্ড), অবনমিত নাসাদণ্ড, মুখের কোণায় ক্ষতাঙ্ক, হাচিনসন বর্ণিত দাঁত এবং সম্ভবত কর্নিয়া-প্রদাহ (তালিকা XXXII ও XXXIII)। (4) গেঁটেবাতে পেরিয়স্টিয়াম দীর্ঘস্থায়ীভাবে পুরু হয়ে যেতে পারে। (5) অস্থিবর্ধক টিস্যুতে সারকোমা হলে সাধারণত প্রচণ্ড ব্যথা হয় এবং প্রায়ই পেরিয়স্টিয়ামের নিচে নতুন অস্থির উদ্ভব হয়।

রো গ নি র্ণ য়ে র জন্যে এক্‌স্-রে করা অপরিহার্য।

চি কি ৎ সা হিসাবে উপরিউক্ত বিভিন্ন অবস্থায় বিশ্রাম এবং অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন। টিউবারকুলোসিস ও সিফিলিসের চিকিৎসা ইতিপূর্বেই

1. Gummata—সিফিলিসের তৃতীয় পর্যায়ে উদ্ভূত আঠার মত টিউমার; উপদংশার্বুদ

আলোচিত হয়েছে।

VI. অস্থির টিউমার ঃ

স্ফীতি নজরে না পড়া পর্যন্ত অস্থির টিউমার জনিত কোন লক্ষণ নাও থাকতে পারে। এ-ধরনের ঘটনা প্রধানত ঘটে নি রী হ টি উ মা রে র ক্ষেত্রে যা ধরা পড়ার আগে বহু বছর ধরে উপস্থিত থাকা সম্ভব। যে-কোন অস্থিতেই অস্থিশৃঙ্গের (উপরতল থেকে উদ্গত অংশ) আবির্ভাব হতে পারে। তরুণাস্থির টিউমার সবচেয়ে বেশি হয় করকূর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলকে। উভয় ক্ষেত্রেই তাদের সংখ্যা একাধিক। সংযোজক কলা এবং রক্তনালী গঠিত টিউমার বিরল। দৈত্যাকার কোষ (giant cell) গঠিত টিউমার (অস্থি অবশোষণকারী কোষ গঠিত ও প্যারাথাইরয়েড-এর টিউমার) সাধারণত শুরু হয় যৌবনারম্ভে, অস্থির মুক্তপ্রান্তগুলি জোড়া লাগার আগে। এ-রোগে এক বা একাধিক অস্থির প্রান্তদেশ সিষ্টের মত সম্প্রসারিত হয় এবং তার ফলে ব্যাধি জনিত অস্থিভঙ্গ হতে পারে। যদি মারক (ম্যালিগন্যান্ট্) পরিবর্তন না হতে থাকে সেক্ষেত্রে এলাকাটি চেঁচে দিয়ে অথবা গভীর রশ্মি প্রয়োগ দ্বারা চিকিৎসা করা হয়। মা র ক (ম্যালিগন্যান্ট) টিউমার অনেক দ্রুত বৃদ্ধি পায় এবং ব্যথা, স্ফীতি অথবা অস্থিভঙ্গের সম্ভাবনা থাকে। সা র কো মা র মারক চরিত্র হতে পারে বিভিন্ন মাত্রার। অস্থিবর্ধক টিস্যুর সারকোমা হয় সবচেয়ে বেশি এবং এগুলি সবচেয়ে বেশি মারক। এদেরকে সাধারণত দেখা যায় ফিমারের দূরপ্রান্তে অথবা টিবিয়া ও হিউমারাসের নিকট-প্রান্তে ; এরা দ্রুত ফুসফুসে স্থানান্তরিত হয়ে থাকে। সারকোমার অন্যান্য রূপ হল সংযোজক কলার সারকোমা, তরুণাস্থির সারকোমা, রক্তনালী গঠিত সারকোমা এবং দৈত্যাকার কোষ গঠিত মারক টিউমার। কা র সি নো মা দেহের যে-কোন অংশে শুরু হয়ে অস্থিতে তার কোষ স্থানান্তরণ হতে পারে ; আবার অনেক ক্ষেত্রে হয়ও না। অস্থিতে ক্যানসার কোষের স্থানান্তরণ হলে সাধারণত তার প্রাথমিক উৎস হল স্তন, প্রস্টেট, কিডনী, ব্রঙ্কাস বা থাইরয়েড। সাধারণ লক্ষণ হল ব্যথা কিংবা ব্যাধি জনিত অস্থিভঙ্গ ; প্রায়ই মজ্জায় সূত্রপাত হয় বলে স্ফীতির উদ্ভব হতে পারে।

অ স্থি র ক য়ে ক টি বি র ল দী র্ঘ স্থা য়ী ব্যা ধি

§ 613. VI· **মজ্জাকোষ গঠিত একাধিক টিউমার** (সমনাম:

মায়েলোমেটোসিস, কেহ্‌লার বর্ণিত ব্যাধি) হচ্ছে এমন এক অবস্থা যাতে অস্থিমজ্জায় প্লাজমা-কোষ বা তাদের অগ্রদূতগুলি থেকে টিউমার-কোষগুলির (myeloma cells) মারক চরিত্র বৃদ্ধি পেতে থাকে। অস্থিতে হানা দিয়ে তারা বহুসংখ্যক টিউমার ও অ্যানিমিয়া সৃষ্টি করে। ব্যাধিটি মহিলাদের তুলনায় পুরুষদের মধ্যেই বেশি দেখা যায় এবং চল্লিশের আগে বিরল।

লক্ষণ: শুরু হয় অজ্ঞাতে। প্রথম অবস্থায় পিঠে এবং কটিদেশীয় মেরুদণ্ডে, পঞ্জরাস্থিতে ও স্টারনামে ব্যথা হয়। পিঠের ব্যথা বক্ষ ও উদরদেশে ছড়িয়ে পড়ে এবং হাঁচি কাশি ও অতিশ্রমে বেড়ে যায়। স্থানান্তরণপ্রবণ কারসিনোমার বিপরীতভাবে ঘুমন্ত অবস্থায় সে-ব্যথা চলে যায়। আক্রান্ত অস্থিগুলি কখনো কখনো অত্যন্ত বেদনাদায়ক এবং প্রায়ই প্রত্যক্ষ কারণ ছাড়াই ভেঙ্গে যায়। দৈহিক শক্তি ও ওজন যথেষ্ট হ্রাস পায় এবং সাধারণত অল্প জ্বরও হয়। রক্ত পরীক্ষায় দেখা যায় অ্যানিমিয়া হয়েছে, শ্বেত কণিকার সংখ্যা কমে গিয়েছে—যদিও মাঝে মাঝে অপরিণত শ্বেত কণিকা ও ইরিথ্রোব্লাস্ট্‌ অথবা মায়ালয়েড লিউকিমিয়ার অনুরূপ প্রতিক্রিয়া লক্ষ্য করা যায় (§§ 551, 558) ; প্রান্তীয় রক্তস্রোতেও মজ্জাকোষ পাওয়া যেতে পারে। প্রায় অর্ধেক সংখ্যক রোগীর প্রস্রাবে বেনস্‌-জোনস্‌ বর্ণিত প্রোটিন পাওয়া যায় এবং কিডনী-প্রদাহের সঙ্গে রক্তচাপ বৃদ্ধি ছাড়াই রক্তে ইউরিয়ার হার বৃদ্ধি একটি সাধারণ ঘটনা। পরবর্তী পর্যায়ে রোগী আরও বেশি শয্যাশায়ী ও অ্যানিমিয়াগ্রস্ত হয়ে পড়েন। পিঠ ও কটিদেশীয় (dorso-lumbar) কশেরুকাগুলি এলিয়ে পড়ার জন্যে কুব্জতার উদ্ভব হয় এবং ব্যাধিটি সুষুম্না-নালীতে সম্প্রসারিত হওয়ার ফলে সায়াটিক স্নায়ুর ব্যথা অথবা সুষুম্নাকাণ্ডের উপর চাপ সৃষ্টি হয়। আগে কিংবা পরে দীর্ঘাস্থিগুলি এবং করোটিও আক্রান্ত হয়ে পড়ে। করোটিতে কিংবা শ্রোণীতে বা কাঁধের চতুর্দিকে কতকগুলি পিণ্ড অনুভব করা যায়।

রোগ নির্ণয়: কশেরুকায় ব্যথা হলে কিংবা টিপলে বেদনাবোধ জাগলে—বিশেষ করে অ্যানিমিয়ার উপস্থিতিতে এবং লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার খুব বেশি হলে রোগটি সন্দেহ করা উচিত। সিরামে তড়িৎ-চলন পরীক্ষা দ্বারা এ-রোগের দুটি প্রকৃতি চেনা গিয়েছে: প্রথমটিতে, বিশেষ করে বয়স্ক রোগীর ক্ষেত্রে γ-গ্লোবিউলিন এলাকায় একটি তীব্র পটি (band) ফুটে ওঠে, আর দ্বিতীয়টিতে পটি দেখা দেয় β-2a গ্লোবিউলিন এলাকায়।

কশেরুকা, পঞ্জরাস্থি এবং করোটির এক্স্-রে পরীক্ষায় দেখা যায় ছোট ছোট উৎসকেন্দ্রে অস্থির ছিদ্রবাহুল্য ও তনুভবন ঘটেছে, কশেরুকাগুলি এলিয়ে পড়েছে এবং বাধিগ্রস্ত অস্থি আপনা থেকেই ভেঙ্গে গিয়েছে। সর্বাঙ্গের অন্যান্য অস্থিতেও ছিদ্রবাহুল্য ঘটে থাকে। অস্থিমজ্জায় প্লাজমাকোষের আধিক্য থেকে অথবা কোন পঞ্জরাস্থির বায়োপ্‌সী করে রোগ নির্ণয়ের সমর্থন মিলবে। সিরামে ক্যালসিয়াম ও ফসফেটের হার স্বাভাবিক থাকলেও রোগের সক্রিয় অবস্থায় এগুলি বৃদ্ধি পেতে পারে। সিরাম অ্যালকালাইন ফসফেটেজ স্বাভাবিকই থাকে।

পূর্বাভাস: শুরু হওয়ার পর 2-3 বছরের মধ্যেই ব্যাধিটি অবধারিত-ভাবে মৃত্যু ডেকে আনে। মৃত্যু হয় ইউরিমিয়ায়, কথনো কথনো অ্যামাইলয়েড ঘটিত ব্যাধিতে।

চিকিৎসা হতাশাব্যাঞ্জক। ব্যথার জন্যে বেদনানাশক ওষুধ দিতে হয়। কোন কোন ক্ষেত্রে প্রেডনিসোলোন প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়; গভীর রশ্মি চিকিৎসায় স্থানীয় লক্ষণগুলি উপশম হয়। দৈনিক 200 মিলিগ্রাম মাত্রায় (মোট 4·0 গ্রাম) সাইক্লোফসফামাইড[1] (এণ্ডোক্সান) শিরাপথে প্রয়োগ করে প্রায়ই দেখা যায় রোগটি উপশম হয়েছে; কিন্তু শ্বেত কণিকার সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিমিতে 2000-এর নিচে নেমে গেলে ওষুধটি বন্ধ করে দিতে হবে। এ-ওষুধ ব্যবহারে চুল পড়ে যায়। সিরামে তড়িৎ-চলন প্রক্রিয়ায় যেখানে β-2a গ্লোবিউলিন এলাকায় পটি দেখা যাচ্ছে সেরকম ক্ষেত্রে মেলফালান[2] প্রয়োগে কাজ হতে পারে।

§ 614. VIII. **প্যারাথাইরয়েড বৃদ্ধি** (osteitis fibrosa cystica): এটি একটি বিরল প্যারাথাইরয়েড ঘটিত ব্যাধি যার কারণ অ্যাডিনোমা (গ্রন্থিটিস্যু গঠিত টিউমার), কারসিনোমা অথবা গ্ল্যাণ্ডগুলির ছড়িয়ে পড়া ধরনের কায়বৃদ্ধি। পরিণতি যা হয় তা অনেকটা দীর্ঘকাল ধরে প্যারাথাই-রয়েড-নির্যাস (যেমন প্যারাথরমোন) প্রয়োগের অনুরূপ। অস্থিটিস্যুর অত্যধিক অবশোষণের ফলে অস্থিবর্ধক জমিন বেশি পরিমাণে ভাঙ্গতে থাকে। ক্যালসিয়াম ও ফসফরাস ক্ষয় পেয়ে অস্থিগুলি ক্যালসিয়ামবিহীন হয়ে পড়ে; সেই ক্যালসিয়াম প্রস্রাবের সঙ্গে নিষ্ক্রান্ত হয়ে যায়, আবার

1. **Cyclophosphamide** 2. **Melphalan**

কিডনীর পাথুরি সৃষ্টি করতেও পারে। অস্থিগুলি ক্রমান্বয়ে তন্তুভূত হয়ে (rarefied) সিষ্ট্ সৃষ্টি করে এবং শেষ পর্যন্ত সেগুলি বৃহৎ বেদনাদায়ক টিউমারে পরিণত হয়। একই সঙ্গে অস্থি আপনা থেকেই ভেঙ্গে ও বেঁকে যায় বলে দেহের উচ্চতা ক্রমেই কমতে থাকে। অনেকেরই পাকস্থলী ও অন্ত্রের বিশৃঙ্খলা, শিরঃপীড়া ও বমি হয়। প্রস্রাবের পরিমাণ বৃদ্ধি ও পিপাসা সাধারণ ঘটনা। পেশীর টান কমে যায়। রক্ত পরীক্ষা মারফৎ রোগ নির্ণয় করা সম্ভব : ক্যালসিয়াম বৃদ্ধি পায় শতকরা 15-16 মিলিগ্রাম, ফসফরাস স্বাভাবিকের চেয়ে কম, অ্যালকালাইন ফসফেটেজ থাকে উচ্চ হারে। একস্-রে পরীক্ষায় ক্যালসিয়ামের ক্ষয় ও সিষ্ট্ দেখা যায় ; প্রথম অবস্থায় বিশেষ করে আঙ্গুলের অস্থিগুলিতে পেরিয়স্টিয়ামের নিচে ক্ষয়ের চিহ্ন উপস্থিত থাকে। অস্ত্রোপচার দ্বারা প্যারাথাইরয়েড-এর টিউমার অপসারণের পর বৃহৎ মাত্রায় ক্যালসিয়াম ও ক্যালসিফেরল প্রয়োগ করলে অস্থিগুলি আবার ক্যালসিয়াম-সমৃদ্ধ হয়ে ওঠে, শিরঃপীড়া ও আন্ত্রিক লক্ষণের উপশম হয়, রক্ত-চরিত্রও স্বাভাবিক হয়ে আসে।

প্যা রা থা ই র য়ে ড বৃ দ্ধি র অ ন্যা ন্য রূপ

(1) প্যারাথাইরয়েড-এর বৃদ্ধি অথবা টিউমারের জন্যে বারবার কিডনীর পা থু রি হতে পারে ; এমনকি ক্যালসিয়াম ও ফসফেট স্বাভাবিক থাকলেও হতে পারে। প্রতিদিন প্রস্রাবের সঙ্গে যে-পরিমাণ ক্যালসিয়াম নিষ্ক্রান্ত হয় তাও স্বাভাবিক হওয়া সম্ভব। এসব ক্ষেত্রে প্যারাথাইরয়েড বৃদ্ধি নির্ণয় করা বেশ দুরূহ ; সিরাম-ক্যালসিয়াম সাময়িকভাবে বৃদ্ধি পেয়ে আবার স্বাভাবিক হয়ে আসে। সিরামে আয়নিত ক্যালসিয়াম বৃদ্ধি পেলে (শতকরা 6·2 মিলিগ্রামের বেশি) রোগ নির্ণয়ে সাহায্য হতে পারে। কেউ কেউ অনুমান করেন, সম্ভবত প্যারাথরমোন ছাড়া অন্য কোন প্যারাথাইরয়েড হরমোন থেকে এই ব্যাধির উৎপত্তি।

(2) আ নু ষ ঙ্গি ক প্যা রা থা ই র য়ে ড-বৃ দ্ধি : দীর্ঘকালব্যাপী কিডনীর অক্ষমতা থেকে—বিশেষ করে সেই অক্ষমতা যদি কিডনীর পেলভিস সহ দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহ জনিত হয়, সেরকম ক্ষেত্রে আনুষঙ্গিক প্যারাথাইরয়েড বৃদ্ধি হতে পারে।

§ 615. IX. **অ্যাক্রোমেগালী** (সমনাম : বর্ধিতকায় প্রত্যঙ্গ) হচ্ছে

পিটিউটারী গ্রন্থির সম্মুখাংশের এক বিরল ব্যাধি যাতে কঙ্কাল-টিস্যুর অতি-বৃদ্ধি হয়ে থাকে। এ-রোগের সূচনাটি এতই ক্রমানুসারী যে রোগী এই পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে সচেতন নাও হতে পারেন।

ল ক্ষ ণ: (1) করোটির দুই পাশে শিরঃপীড়া এ-রোগের একটি লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্য। (2) মুখের, হাতের এবং পায়ের অস্থিগুলি এবং ত্বক ও ত্বকনিম্ন টিস্যু বৃদ্ধি পাওয়ার ফলে চেহারাটি হয় বৈশিষ্ট্যপূর্ণ (চিত্র 7)। ভ্রু-চোখের উপরস্থ আল, নাক এবং কপোলের অস্থিগুলি যথেষ্ট বড় হওয়ার জন্যে মুখের চেহারা রুক্ষ দেখায়। বিশেষ করে বড় হয় নিচের চোয়াল, এবং সেটি উপরের চোয়াল ছাড়িয়ে যায় বলে দাঁতগুলি পরস্পরকে স্পর্শ করেনা। মুখের কোমল টিস্যু পুরু হয়ে যাওয়ার জন্যে অস্থির এই পরিবর্তনগুলি আরও বেড়ে যায়, ফলে অক্ষিপল্লব, নাক, ঠোঁট এবং জিবের কায়বৃদ্ধি ঘটে। করোটির অস্থিও বৃহদাকার ধারণ করে, তবে তুলনায় কম। হাত-পায়ের পরিসর যে বৃদ্ধি পায় তার প্রমাণ আগের চেয়ে বড় মাপের দস্তানা ও জুতোর দরকার হচ্ছে। পরবর্তী পর্যায়ে বক্ষের অস্থিগুলিও বড় হতে পারে এবং মেরুদণ্ড কুব্জ হয়ে যায়। (3) সর্বাঙ্গের পেশীগুলির কায়-বৃদ্ধি হওয়ার ফলে কিছুকালের জন্যে দৈহিক শক্তি প্রচণ্ড বেড়ে যায়, কিন্তু পরে পেশীগুলি দুর্বল হয়ে পড়ে। (4) ল্যারিংকৃস্-এর কায়বৃদ্ধির কারণে কণ্ঠস্বর হয় গম্ভীর। (5) অস্থিতে ব্যথা হওয়ার কারণ তরুণাস্থির পরিবর্তন এবং লিগামেণ্টগুলি কোমল হয়ে যাওয়া—যার ফলে সৃষ্টি হয় অস্থিসন্ধির অবক্ষয়ী প্রদাহ, দৃঢ়তার অভাব এবং সন্ধি-গহ্বরে বারবার রস সঞ্চয়। (6) ব্যাধিটি টিউমার প্রসূত হলে অচিরে অথবা পরে শিরঃপীড়ার সঙ্গে দৃশ্যপটের অর্ধাংশ অন্ধকার দেখায় এবং/অথবা ক্রমে ক্রমে অক্ষিস্নায়ুর অবক্ষয় হতে থাকে। (7) ক্রমে পিটিউটারীর বেসোফিল কোষগুলি যতই আক্রান্ত হয়ে পড়ে এবং যৌন উত্তেজক হরমোনের উৎপাদন যত কমে আসে, উদ্ভব হয় ঋতুবন্ধ, যৌন সঙ্গমে শক্তিহীনতা এবং হয়তো গলগণ্ড। প্রাথমিক পর্যায়ে কথনো কথনো প্রস্রাবের সঙ্গে চিনি নিষ্ক্রান্ত হতে থাকে।

রো গ নি র্ণ য়: অস্থির প্রদাহ ও বিকৃতিতে করোটির খিলান বড় হয়ে যায়, আর অ্যাক্রোমেগালীতে বড় হয় মুখের অস্থিগুলি। মিকস্ঈডিমা দেখায় অনেকটা অ্যাক্রোমেগালীর মত, কিন্তু শুকনো ত্বক, মন্থর মননশক্তি এবং অস্থিবৃদ্ধি না হওয়া থেকে রোগটি চেনা যায়। টিউমার জনিত অ্যাক্রো-

মেগালীতে এক্স্-রে ছবিতে দেখা যাবে সেলা টারসিকা[1] (পিটিউটারীর খাঁজ) বড় হয়ে গিয়েছে। সিরাম ফসফেট সাধারণত বৃদ্ধি পায় এবং গ্লুকোজের প্রতি সহনশীলতা কমে যেতে পারে। টিউমার সন্দেহ হলে নিয়মিতভাবে দৃশ্যপট-সীমার ছক এঁকে রাখা উচিত (চিত্র 261)। অস্থি ও সন্ধির কায়বৃদ্ধি সম্পর্কে পরে আলোচনা করা হবে।

উ ৎ প ত্তি : প্রাথমিক পরিবর্তন হল পিটিউটারীর সম্মুখ খণ্ডে অবস্থিত ইয়োসিনোফিল কোষগুলিতে বৃদ্ধি সংক্রান্ত হরমোনের ক্ষরণ বৃদ্ধি পাওয়া। এর কারণ কোষগুলির কায়বৃদ্ধি কিংবা কোন অ্যাডিনোমা (টিউমার)। অল্প বয়সে এই অবস্থা ঘটলে দেহটি হয় বিরাট (§ 505) এবং অস্থির মুক্তপ্রান্তগুলি জোড়া লাগার পর সৃষ্টি হয় অ্যাক্রোমেগালী। শেষোক্ত অবস্থা সাধারণত শুরু হয় 40 বছর বয়সের আগে—25 বছর বরাবর; মহিলারা একটু বেশি আক্রান্ত হন।

পূ র্বা ভা স : অ্যাক্রোমেগালী চলতে থাকে বহু বছর, তবে শতকরা 80 জন রোগী 60 বছর বয়সের আগেই হৃৎপিণ্ড-ধমনীর ব্যাধিতে প্রাণ হারান।

চি কি ৎ সা : প্রাথমিক পর্যায়ে থাইরয়েড নির্যাস প্রয়োগে কাজ হতে পারে। যে-সব রোগীর ইয়োসিনোফিল কোষগুলির কায়বৃদ্ধি ঘটেছে তাদের এক্স্-রশ্মি প্রয়োগই সর্বোৎকৃষ্ট চিকিৎসা। অ্যাডিনোমা হয়ে থাকলে যদি দৃশ্যপট-সীমা অথবা কেন্দ্রীয় দৃশ্যপট (central vision) ক্রমেই কমতে থাকে সেক্ষেত্রে অস্ত্রচিকিৎসার প্রয়োজন।

§ 616. X. **অ্যাকণ্ড্রোপ্লেসিয়া** একটি বিরল অবস্থা যা শুরু হয় ভ্রূণ জীবন থেকে এবং চলতে পারে বংশ পরম্পরায়।

ল ক্ষ ণ : এ-রোগের বৈশিষ্ট্য হল বামনাকৃতি দেহ; প্রাপ্তবয়স্কের দৈর্ঘ্য হয় 4 ফিট থেকে 4 ফিট 6 ইঞ্চির মধ্যে। এর কারণ হাত-পায়ের অস্থিগুলি যথেষ্ট ছোট, কিন্তু সেই তুলনায় দেহকাণ্ডটি প্রায় অবিকৃত। বাহুদুটি খর্ব হওয়ার জন্যে দাঁড়ালে হাতদুখানি উরুদেশের অর্ধেক পর্যন্ত প্রলম্বিত হওয়ার পরিবর্তে পৌঁছায় কটিদেশ পর্যন্ত। অস্থির মুক্তপ্রান্তগুলি যথেষ্ট পুরু হয়ে যায়

1. Sella turcica—স্ফিনয়েড অস্থিতে যেখানে পিটিউটারী গ্রন্থিটি অবস্থান করে সেই অবতল বা অবনমিত এলাকা বা ফসা।

(ফলে সন্ধিও বড় হয়ে যায়) এবং তারই জন্যে অতীতে এর বিভ্রান্তিকর নাম ছিল "ভ্রূণাবস্থার রিকেট"। হাতের ও পায়ের আঙ্গুলগুলি ছোট, ক্রমশ সরু এবং পরস্পরের থেকে বাইরের দিকে বিস্তৃত। করোটি হয় বৃহদাকার ও সামনের দিকে স্ফীত, যার জন্যে দেখায় মস্তিষ্ক-শোথের মত; মুখখানি ছোট এবং নাসাদণ্ডটি অবদমিত। দাঁড়ানো অবস্থায় হাত-পা মনে হয় ধনুকের মত, কটিদেশ লক্ষণীয়ভাবে সামনের দিকে উত্তল (lumbar lordosis) এবং চলন হেলেদুলে হংসগতি (চিত্র 177); পেশী, যৌনাঙ্গ এবং মানসিক বিকাশ স্বাভাবিক। ক্রেটিনিজম্-এর বৈশিষ্ট্য হিসাবে যে-ধরনের অপরিণত মননশক্তি দেখা যায়, এবং মুখের, ত্বকের ও চুলের যে-সব পরিবর্তন হয়, এক্ষেত্রে সে-রকম কিছুই দেখা যায়না। হাত-পায়ের এক্স্-রে ছবিতে রিকেটের কোন নিদর্শন পাওয়া যায়না, কিন্তু অস্থির মুক্তপ্রান্তের কেন্দ্রগুলি স্বাভাবিকের তুলনায় অস্থিদণ্ডের কিছুটা কাছাকাছি অবস্থিত থাকে।

পূর্বাভাস: অনেক শিশুই মৃত অবস্থায় ভূমিষ্ঠ হয়। এই ব্যাধিগ্রস্তরা স্বল্পায়ু হননা, তবে শ্রোণী-গহ্বরের বিকৃতির জন্যে প্রসবে অসুবিধা হয় বলে সাধারণত পেট কেটে প্রসব করানোর (সিজেরিয়ান) প্রয়োজন ঘটে। এর কোন চিকিৎসা জানা নেই।

§ 617. XI. **অস্থি ও অস্থিসন্ধির ব্যাধিগ্রস্ত কায়বৃদ্ধি** (সমনাম: Pulmonary osteoarthropathy): কোষ ও টিস্যুর অস্বাভাবিক সংখ্যা ও কায়বৃদ্ধি ঘটিত এটি একটি দীর্ঘস্থায়ী অবস্থা যার সঙ্গে থাকে ফুসফুসের দীর্ঘস্থায়ী বিশৃঙ্খলা। করতল ও পদতলের অস্থিগুলির এবং পুরোবাহু ও পায়ের নিম্নাংশের দীর্ঘাস্থিপ্রান্তগুলি দুদিকেই সমভাবে বড় হয়ে যায়, কিন্তু মুখের বা মাথার কোন পরিবর্তন হয়না। হাতের আঙ্গুলগুলি লক্ষণীয়ভাবে স্থূলাগ্র হয়ে এবং নখগুলি শেষ অঙ্গুলিনলকের উপর বেঁকে যায় (filbert nail)। হাতের ও পায়ের আঙ্গুলের সন্ধিগুলি ফুলে উঠতে পারে এবং প্রায় এক-তৃতীয়াংশ রোগীর মণিবন্ধ, জানু ও গুলফ্-সন্ধি স্ফীত হয়ে ওঠে।

উৎপত্তি: কারণ বহুবিধ—যেমন ফুসফুসের বিভিন্ন ব্যাধি—ব্রঙ্কিয়াকটেসিস, ফুসফুসের পুঁজযুক্ত প্রদাহ, বক্ষ গহ্বরে পুঁজ সঞ্চয় কিংবা কার-সিনোমা। কখনো কখনো কোন কারণ খুঁজে পাওয়া যায়না।

চিকিৎসা করা হয় কারণ হিসাবে। মূল ব্যাধিটি দূর করতে পারলে

পরিবর্তনগুলি দ্রুত নিরসন হয়।

XII. **সিংহমুখ অস্থিবৃদ্ধি** (Liontiasis ossea) হল তরুণ বয়সের এক বিরল ব্যাধি যাতে মুখমণ্ডল ও করোটির অস্থিকলার সমভাবে অতিবৃদ্ধি ঘটে এবং এই বৃদ্ধি করোটির অভ্যন্তরে সম্প্রসারিত হয়ে মৃত্যু ঘটাতে পারে।

XIII. **ভঙ্গুর অস্থি ও ত্রুটিপূর্ণ অস্থিবৃদ্ধি :** বর্তমানে এই দুই অবস্থাই পরস্পরের প্রতিশব্দ হিসাবে গণ্য। বহিরাংশ খুব পাতলা হয়ে যাওয়ার জন্যে অস্থিটি অস্বাভাবিক ভঙ্গুর হয়ে যায়, দীর্ঘাস্থি ও পঞ্জরাস্থিগুলি সামান্য আঘাতেই ভেঙ্গে যায়। অবস্থাটি সাধারণত বংশগত। এর দুটি প্রকৃতি : (a) জন্মের আগে : ভূমিষ্ঠ হওয়ার সময়েই দেখা যায় একাধিক অস্থি ভাঙ্গা রয়েছে ; (b) শৈশবে : সামান্য আঘাতেই, এমনকি হঠাৎ পেশীর টানেও অস্থিভঙ্গ হয়। এই ভগ্নাস্থি দ্রুত জোড়া লাগে এবং সাধারণ স্বাস্থ্যের কোন তারতম্য হয়না ; তবে বিকৃতি ঘটে, দৈর্ঘ্য হ্রাস পায়। নীল কাঠিন্য বেশি দেখা যায় দ্বিতীয় প্রকৃতিতে।

XIV. **কণ্ঠাস্থি** (clavicle) **ও করোটির ত্রুটিপূর্ণ পরিণতি** একটি জন্মগত ত্রুটি। কণ্ঠাস্থির বাইরের দিকের এক-তৃতীয়াংশ অনুপস্থিত থাকে, অথচ অ্যাক্রোমিয়ন ও কণ্ঠাস্থির সংযোগী লিগামেন্ট থেকে যায় এবং করোটি যথাযথ পরিণত হয়না।

XV. **মর্মর অস্থি** (সমনাম : শৈশবের অস্থিকাঠিন্য) খুবই বিরল ; হয় শিশু ও তরুণদের। (i) অস্থিগুলি অস্বাভাবিক ভঙ্গুর, সঙ্গে থাকে সারা দেহের অস্থিতে ঘন কাঠিন্য যা মজ্জা-গহ্বরকে অপরিসর করে দেয় ; (ii) দুরন্ত অ্যানিমিয়া—রক্ত প্রলেপে প্রায়ই নিউক্লিয়াসযুক্ত লোহিত কণিকা, মায়েলোব্লাস্ট্ ও মায়েলোসাইট দেখা যায় (§ 541) ; (iii) লিভার ও প্লীহা বড় হয়, আভ্যন্তরীণ উপাঙ্গগুলি স্থানচ্যুত হয়ে ঝুলে পড়ে, অক্ষি-স্নায়ুর ক্ষয়িষ্ণুতা দেখা দিতে পারে। এক্স্-রে ছবিও বৈশিষ্ট্যপূর্ণ।

XVI. **পার্থে** (Perthes) **বর্ণিত ব্যাধি** (অলীক নিতম্ব-পীড়া) একটি বিরল অবস্থা যাতে ফিমার-শীর্ষের মুক্তপ্রান্ত টুকরো টুকরো হয়ে যায়। ব্যাধিটি হয় 12 বছরের কমবয়সী শিশুদের। প্রথমে শিশু একটু খুঁড়িয়ে চলে, পা বাইরের দিকে বিস্তৃত হয় সীমিতভাবে। পরে পা ছোট হয়ে যায়, পেশী ক্ষয় পেতে থাকে। রোগ নির্ণিত হয় এক্স্-রে মারফৎ। সাধারণত কয়েক বছরের মধ্যে আপনা থেকেই সেরে যায়।

অষ্টাদশ অধ্যায়

চর্ম

চর্ম একটি বিশাল এবং গুরুত্বপূর্ণ উপাঙ্গ যার ক্রিয়াকলাপ অন্তহীন জটিল এবং ব্যক্তিবিশেষের স্বাস্থ্যরক্ষা ও জীবনধারণের পক্ষে অপরিহার্য। অখণ্ড সুস্থ ত্বক দেহকে ভৌত ও রাসায়নিক আঘাত থেকে রক্ষা করে এবং সংক্রমণ-বাহকদের বিরুদ্ধে প্রতিরোধক হিসাবে কাজ করে। দৈহিক উষ্ণতা নিয়ন্ত্রণে এর যেমন বৃহৎ ভূমিকা আছে তেমনি পালন করে গুরুত্বপূর্ণ নিঃস্রাবের কাজ। চর্মের আছে স্নায়বিক ক্রিয়াকলাপ—সংবেদী উপাঙ্গ হিসাবে স্থানীয় অনুভূতি উপলব্ধি করে, আবার প্রকাশ করে আবেগের নিদর্শন। ত্বকের জালীয় অন্তর্ঝিল্লী তন্ত্র (reticulo-endothelial system) অনাক্রম্যতা সৃষ্টির কাজে অংশ নিয়ে থাকে। বিরোধী পদার্থ সৃষ্টিরও অন্যতম স্থান হল ত্বক। বেগনিপারের আলোর প্রভাবে ত্বকে আরগোস্টেরল থেকে সৃষ্টি হয় ভিটামিন-D।

ত্বকের গঠন ও ক্রিয়াকলাপে ব্যাপক বিশৃঙ্খলা ঘটলে দেহের গুরুত্বপূর্ণ তন্ত্রগুলিতে অঘটন ঘটতে পারে। যেমন, উষ্ণতা নিয়ন্ত্রণকারী স্বেদ ক্ষরণে গুরুতর ঘাটতি উষ্ণমণ্ডলীয় অনার্দ্র-অবসন্নতার কারণ; তা থেকে সৃষ্ট দুরন্ত অবিরাম চুলকানি, মানসিক অশান্তি ও অনিদ্রার ফলে উদ্ভব হতে পারে ওজন হ্রাস ও মানসিক ভারসাম্যহানি। অপরদিকে কিছু কিছু তন্ত্রীয় বিশৃঙ্খলা ও মানসিক অসুস্থতার সঙ্গে দেখা দেয় ত্বকের গঠন ও ক্রিয়াকলাপ সংক্রান্ত পরিবর্তন।

সারকয়ডোসিস* কিংবা একাধিক ধমনীর গুটিযুক্ত প্রদাহের মত যে-সব ব্যাধিতে রুগ্‌ণ উপাঙ্গগুলি সরাসরি পরীক্ষা করা কিছুটা অসুবিধাজনক, চর্মরোগও অনেকটা সেই রকম। সঞ্চরমান জীবাণু, অধিবিষ এবং রাসায়নিক পদার্থগুলি কৈশিক জালিকার ফাঁসে (loop) আটকে যেতে পারে অথবা

* যে-কোন দেহযন্ত্রের বা টিস্যুর এপিথিলিয়া কোষে ক্রমবর্ধমান দানাদার জালিকা টিস্যুর উদ্ভব।

জালিকার কোন অংশকে আহত করতে পারে এবং তা থেকে উদ্ভব হতে পারে দৃশ্যমান চর্মরোগ। অন্তঃক্ষরী গ্রন্থিগুলির বহুবিধ বিশৃঙ্খলা থেকেও ত্বকের পরিবর্তন ঘটে এবং রোগীর মানসিক আবেগ প্রায়ই ত্বকে প্রতিফলিত হয়। খাদ্য উপাদানের ঘাটতি কিংবা আধিক্য নির্দিষ্ট ধরনের ব্যাধি সৃষ্টি করতে পারে অথবা ত্বকের প্রতিক্রিয়ায় তাৎপর্যপূর্ণ পরিবর্তন ঘটায়। সবশেষে, স্বতোৎসারিত স্ফোটকোদ্‌গমের মাধ্যমে অ্যালার্জি ও অনাক্রম্যতার সূচক হিসাবে এই উপাঙ্গটির বিশেষ গুরুত্ব আছে। তেমনি গুরুত্ব আছে কতকগুলি বিশেষ ধরনের পরীক্ষার মাধ্যম হিসাবে।

চর্মে স্ফোটকোদ্‌গমের ব্যাপারে বহির্জাত ও অন্তর্জাত শক্তিগুলির পারস্পরিক ভৌত ও রাসায়নিক ক্রিয়াকলাপ খুবই জটিল এবং অন্তহীন পরিবর্তনশীল। রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যের অবস্থা, তাঁর ব্যক্তিত্ব ও সামাজিক পটভূমি প্রণিধানে অবহেলা করলে সঠিক রোগ নির্ণয় ও সফল চিকিৎসা সম্ভব নয়। বর্তমান অধ্যায়ে ত্বকের বিশৃঙ্খলা জনিত লক্ষণ ও গঠনগত বৈশিষ্ট্যগুলি সম্পর্কে জোর দেওয়া হয়েছে। যে-সব বিকারতাত্ত্বিক কারণে লক্ষণ ও নিদর্শনগুলির উদ্ভব হয়ে থাকে তাদের যুক্তিপূর্ণ বিশ্লেষণই রোগ নির্ণয়ের প্রকৃত পন্থা। ব্যক্তি হিসাবে রোগীর সতর্ক মূল্যায়নের গুরুত্ব অবহেলা করা উচিত নয়।

অংশ A. লক্ষণাবলী

ত্বকে স্ফোটকের উদ্ভব হয়েছে কিংবা অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণের মত ক্রিয়াকলাপ সংক্রান্ত বিশৃঙ্খলা সৃষ্টি হয়েছে—সাধারণত এই ধরনের কিছু দৃশ্যমান পরিবর্তনের জন্যে রোগীরা চিকিৎসকের পরামর্শ চাইতে আসেন। ব্যাধির সঙ্গে কোন অনুভূত ইন্দ্রিয়-চেতনা থাকতেও পারে, আবার নাও থাকতে পারে। ত্বকের বিশৃঙ্খলার সঙ্গে মাঝে মাঝে ব্যথা, অসুস্থতার অনুভূতি এবং অন্যান্য লক্ষণ উপস্থিত থাকলেও সাধারণ এবং বৈশিষ্ট্যপূর্ণ লক্ষণ হল চুলকানি।

§ 620. **চুলকানি** অনুভূত হয় বেদনার গ্রাহকেন্দ্রিয় মারফৎ (pain receptors)—স্পর্শ ও উষ্ণতাবোধের সঙ্গে সম্পর্ক ব্যতিরেকেই। চুলকানির (স্নায়বিক) ঘাতগুলি সুষুম্নাকাণ্ডের সম্মুখ ও পার্শ্বদেশীয় পথে আরোহণ করে। হাইপোথ্যালামাসে একটি চুলকানি-কেন্দ্র এবং মেডালাতে কোন

প্রতিবর্তী আঁচড়-কেন্দ্র থাকাও সম্ভব।

চুলকানির লক্ষণকে কখনো অবহেলা করা উচিত নয়। অনুসন্ধানে যদি বা জানা যায় যে ব্যাপারটি নেহাতই সামান্য, তবু রোগীর পক্ষে অবস্থাটি কিন্তু খুবই কষ্টদায়ক এবং সময় সময় গুরুতর অঙ্গীয় ব্যাধির লক্ষণ। লক্ষণ-গুলির বিশ্লেষণ, যে-সব কারণে চুলকানি বেড়ে যায় বা কমে যায় বলে মনে হয় সেই কারণগুলি, রাতে ঘুমের ব্যাঘাত ও দিনের বেলায় কাজের অসুবিধা এবং কষ্ট ইত্যাদি সম্পর্কে বলতে গিয়ে রোগী যে-সব কল্পমূর্তির বর্ণনা দেন, এ-সব থেকেই প্রয়োজনীয় খবর পাওয়া সম্ভব। চুলকানির কারণগুলিকে তিনভাগে ভাগ করা যেতে পারে :

(a) দৃশ্যমান চর্মরোগের অনুষঙ্গ চুলকানি : সাধারণত ত্বকের স্ফোটক-গুলি হয় উত্তেজক ও যন্ত্রণাদায়ক ; সেই তুলনায় দীর্ঘস্থায়ী স্ফোটকে যন্ত্রণা কিছুটা কম। তবে ব্যতিক্রমও আছে। হারপিসের অনুরূপ চর্ম-প্রদাহে এবং পাঁচড়ায় চুলকানি অবধারিত। একজিমা, আম্বাত এবং লিকেন প্লেনাসেও তাই। কিন্তু সিফিলিসে এবং সোরিয়াসিসে সাধারণত কোন অনুভূত লক্ষণ থাকে না। ভুসির মত আঁশযুক্ত চর্ম-প্রদাহ পিটিরিয়াসিসে (Pityriasis)[1] এবং ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহে (seborrheic dermatitis)[2] সব সময় চুলকানি হয়না।

(b) দৃশ্যমান চর্মপীড়া ছাড়াই স্থানীয় চুলকানি হতে পারে একাধিক এলাকায়। এই বিরাট গোষ্ঠীর অন্তর্ভুক্ত হল : (i) মাথায় এবং যৌনাঙ্গের কেশে অবস্থিত উকুন প্রসূত চর্মরোগ পেডিকুলোসিস, (ii) লিকেন সিমপ্লেক্স্ (ছত্রাক রোগ) এবং তার অন্তর্ভুক্ত মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায় অনেক রকম চুলকানি, (iii) ফাইলেরিয়া-কীটদুষ্ট অনকোসেরসিয়াসিস (onchocerciasis ; § 724)।

(c) ত্বকে দৃশ্যমান কোন পরিবর্তন ছাড়াই চুলকানি : গুরুত্বপূর্ণ কারণগুলির মধ্যে আছে : (1) পরাঙ্গজীবী সংক্রমণ—বিশেষত গাত্রচর্মের উকুনপ্রসূত পেডিকুলোসিস কর্পোরিস। (2) ডায়াবিটিস (রোগের উগ্রতা ব্যতিরেকেই)। কোন কোন রোগীর ব্যাধি লক্ষণ ছাড়াই গ্লুকোজ-সহনশীলতার ছক থাকে ডায়াবিটিসের মত। (3) গর্ভাবস্থার শেষ তিন

1. Pityriasis—ভুসির মত আঁশযুক্ত চর্মস্ফোটক ; (?) মরামাস যুক্ত
2. Seborrhoea—ঘর্মমেদ স্রাব, সিবেসাস গ্ল্যাণ্ড থেকে অত্যধিক ক্ষরণ

মাস। পরবর্তী প্রতিটি গর্ভধারণের সময় চুলকানির পুনরাবির্ভাব ঘটে। (4) রেটিকিউলোসাইটদের সংখ্যাবৃদ্ধি, লিউকিমিয়া এবং হজকিন বর্ণিত ব্যাধির প্রাথমিক অবস্থা। (5) কোন কোন প্রকৃতির কারসিনোমা। (6) লিভারের ব্যাধি—বিশেষ করে যদি জণ্ডিস থাকে। জণ্ডিস ধরা পড়ার আগেই চুলকানি শুরু হতে পারে। সংক্রামক জণ্ডিসের চেয়ে অবরোধী জণ্ডিসে চুলকানি যেমন বেশি দেখা যায় তেমনি উগ্রতর তার রূপ। (7) অন্তঃক্ষরী গ্রন্থিগুলির বিশৃঙ্খলা—বিশেষ করে থাইরয়েড-এর ঘাটতি। (8) ইউরিমিয়া—যা পূর্বাভাসের বিচারে খুবই গুরুতর। (9) বিশেষ কোন ওষুধের প্রতি অতিসংবেদ্যতা। (10) ঘর্মমেদস্রাবী (Sebaceous) গ্রন্থিগুলির ক্ষরণে অপ্রতুলতার জন্যে ত্বকের তৈলাক্তহীনতা—বিশেষ করে শীতকালে বৃদ্ধদের। (11) জরা জনিত চুলকানি; তবে অন্যান্য সব কারণ বাতিল না করা পর্যন্ত এই সিদ্ধান্তে পৌঁছানো উচিত নয়; প্রকৃত জরা জনিত চুলকানির কারণ হল চর্মের ক্ষয়িষ্ণু পরিবর্তন। ত্বকের শুষ্কতা, অ্যানিমিয়া, হৃৎপিণ্ডের অক্ষমতা, উচ্চ রক্তচাপ এবং আবেগ—এ-সবই ঐ পরিবর্তনের সহায়ক। (12) মানসিক কারণ প্রসূত চুলকানি: চর্মের কোন দৃশ্যমান পরিবর্তন ছাড়াই মানসিক কারণে সর্বাঙ্গের চুলকানি বিরল। অল্পবয়সীদের এরকম চুলকানি স্কিজোফ্রেনিয়ার অগ্রদূত হতে পারে। মহিলাদের হয় ভ্রান্তি।

প্রচণ্ড চুলকানির উপসর্গ: ত্বকের যে-কোন দীর্ঘকালীন ও বিস্তৃত প্রদাহ-পীড়ার সঙ্গে অনমনীয় চুলকানি থাকলে তা থেকে আক্রান্ত এলাকার লসিকা গ্রন্থিগুলির অবিষম কায়বৃদ্ধি ঘটতে পারে। এই অবস্থার নাম দেওয়া হয়েছে লাইপোমেলানিক রেটিকুলোসিস (lipomelanic reticulosis)। অবস্থাটি নিরীহ (অবিষম), কিন্তু যাঁরা এরকম ক্ষেত্রে টিস্যুর গঠন প্রকৃতির পরিবর্তন সম্পর্কে সুপরিচিত নন তাঁরা এর তাৎপর্যের ভুল ব্যাখ্যা করতে পারেন।

স্নায়বিক চাপ ও উদ্বেগে অঙ্গীয় কারণ প্রসূত চুলকানি বৃদ্ধি পেতে পারে।

অংশ B — কায় পরীক্ষা

সময় সময় সর্বাঙ্গীণ পরীক্ষার প্রয়োজন এবং প্রস্রাবে অ্যালবিউমিন ও শর্করা আছে কি না তাও দেখা দরকার। ত্বক পরীক্ষা করতে হবে উজ্জ্বল

আলোতে, সম্ভব হলে দিবালোকে।

যন্ত্রপাতি খুব কমই দরকার। একটি হাত-লেন্স্ থাকলে সুবিধা হয়। প্রায়ই প্রয়োজন হয় টর্চ একটি ও একটি জিব অবনমক। অণুবীক্ষণ যন্ত্র থাকা অপরিহার্য। রক্তোচ্ছাস ছাড়া অন্যান্য পরিবর্তন লক্ষ্য করার জন্যে (diascope) অণুবীক্ষণ যন্ত্রে ব্যবহৃত একটি সাধারণ কাচের স্লাইডই যথেষ্ট। লুপাস ভাল্‌গারিসের মত যে-সব ক্ষেত্রে জোরে চাপ দিলে আক্রান্ত এলাকা থেকে রক্ত নির্গত হয় সেখানে কিছু বৈশিষ্ট্য প্রকাশ পেতে পারে। লোম অপসারণের জন্যে দরকার এক জোড়া ফরসেপ—হুইটফিলড্ ধরনের হলেই ভাল হয়। আর দরকার একটি স্ক্যালপেল—ক্ষতটি ছত্রাক প্রসূত সন্দেহ হলে তার চাঁচি তৈরির জন্যে। দাদ সন্দেহ হলে সেখানকার লোম বা ত্বকের চাঁচি শতকরা 10 ভাগ পটাসিয়াম হাইড্রক্সাইডে ডুবিয়ে, সামান্য গরম করে, অণুবীক্ষণের নিম্নশক্তিসম্পন্ন অভিলক্ষ্য (objective) দিয়ে দেখতে হবে ছত্রাক-তন্তু (মাইসিলিয়াম) পাওয়া যায় কি না। কোন বড় স্কুলের ক্লিনিকে কিংবা হাসপাতালের বহির্বিভাগে উড (Wood) উদ্ভাবিত আলো—অর্থাৎ নিকেল ও কাচের পরিস্রাবকের মধ্য দিয়ে পরিচালিত বেগনিপারের আলো দিয়ে পরীক্ষা করলে করোটির ত্বকে দাদ নির্ণয় করা খুবই সুবিধাজনক। কোথায়, কোন ক্ষেত্রে বিশেষ ধরনের বীজাণুবিশ্লেষক, ছত্রাক নির্ধারক এবং জৈবরাসায়নিক পরীক্ষা করতে হবে সে-সম্পর্কে আলোচনা করা হয়েছে পরবর্তী অংশে।

লক্ষণ ও নিদর্শন বিচার দ্বারা রোগ নির্ণয়ে সন্দেহ থাকলে টিস্যুর গঠন-চরিত্র পরীক্ষা করা অপরিহার্য হয়ে পড়ে—বিশেষ করে প্রয়োজন হয় যদি ক্ষতটি মারক হওয়ার সম্ভাবনা থাকে। তার জন্যে স্থানীয়ভাবে অসাড়তা সৃষ্টি দ্বারা আক্রান্ত এলাকা থেকে সম্পূর্ণ ত্বকের ডিম্বাকার একটি অংশ কেটে নিতে হবে। এ-ব্যাপারে সাধারণত ত্রুটি যা হয় সেটা অতি সামান্য অংশ কেটে নেওয়ার জন্যে।

চা প ড়া (patch) পরীক্ষার বর্ণনা করা হয়েছে § 671 অনুঅধ্যায়ে।

ত্বকের ক্লিনিক্যাল পরীক্ষা করা উচিত পর্যবেক্ষণ ও করানুভূতি মারফৎ।

§ 621. **পর্যবেক্ষণ** : ব্যাপক এলাকায় স্ফোটকোদ্‌গম হলে সর্বাঙ্গের পুরো ত্বক পরীক্ষা করা দরকার। কোন কোন এলাকায় হয়তো রোগ

নির্ণয়ের উপযোগী ক্ষত দেখা যাবে; আবার কোথাও হয়তো সেগুলি মিলিয়ে যাচ্ছে, কিংবা আনুষঙ্গিক সংক্রমণের দরুন অথবা অতিরিক্ত চিকিৎসার কারণে এমনি পরিবর্তিত রূপ গ্রহণ করেছে যে চেনাই যাচ্ছে না। মুখবিবরের শ্লেষ্মাঝিল্লীও পরীক্ষা করা প্রয়োজন।

(1) প্রথমে দেখতে হবে স্ফোটক বা ক্ষতগুলি কিভাবে ছড়িয়ে আছে। কিছু কিছু স্ফোটক কতকগুলি বিশেষ জায়গা বেছে নেয় বলে এই স্থান-বিশ্লেষণ অনেক সময় রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে। যে-স্ফোটকগুলি সর্বাঙ্গে অথবা দুদিকে সমভাবে দ্রুত উদ্গত হয় সেগুলি সম্ভবত আভ্যন্তরীণ কারণ প্রসূত সংক্রামক কিংবা বিষক্রিয়; একটি মাত্র এলাকায় সামঞ্জস্যহীনভাবে উদ্গত স্ফোটকের উৎপত্তি প্রায়শই বহির্জাত। অবশ্য এর অনেক ব্যতিক্রমও আছে। স্ফোটকগুলির ছড়িয়ে পড়ার ধরন সময় সময় এদের উৎপত্তির কারণ সম্পর্কে স্পষ্ট ইঙ্গিত দেয় অথবা উদ্গমের স্থান নির্বাচন করে থাকে (যেমন পায়ের শিরায় রক্তবদ্ধতা); তেমনি সেই ছড়িয়ে পড়া সুনির্দিষ্ট ছক বা প্যাটার্ন অনুসরণ করার ফলে রোগ নির্ণয়েও সাহায্য হয়—যেমন লিকেন প্লেনাস, সোরিয়াসিস, পিটিরিয়াসিস (§ 620)। ক্ষতের বা স্ফোটকের গঠন-বৈশিষ্ট্যগুলি যদি বিশেষ কোন রোগের অনুকূল হয় সেক্ষেত্রে ছড়িয়ে পড়ার ধরনটি অস্বাভাবিক বলে মনে হলেও পূর্ব-সিদ্ধান্ত বাতিল করা উচিত নয়; প্রয়োজন অনুপুঙ্খ বিচার-বিশ্লেষণ।

(2) এর পর আলাদা আলাদাভাবে এক একটি স্ফোটক বা ক্ষত বিশদভাবে পরীক্ষা করতে হবে এবং বিশেষভাবে নজর দিতে হবে যেগুলি তাদের ক্রমবিকাশের বিভিন্ন স্তরে অবস্থান করছে এবং যেগুলি চিকিৎসার ফলে বা আঁচড়ানোর জন্যে আপাত-পরিবর্তিত রূপ নিয়েছে তাদের প্রতি। প্রাথমিক স্তরভুক্তদের সঙ্গে এই আনুষঙ্গিক পরিবর্তিত রূপের পার্থক্য বিচারের চেষ্টা করতে হবে।

(3) আঁচড়-চিহ্নের উপর নতুন স্ফোটকের উদ্ভব [কেবনার (Koebner) বর্ণিত সমাকৃতি] লিকেন প্লেনাস, সোরিয়াসিস, সরল ধরনের আঁচিল ও স্পর্শসংক্রামক কম্বোজ রোগের বৈশিষ্ট্য (molluseum)।

(4) কীট দংশনের স্ফোটকগুলি কীটগুলির কামড়ানোর অভ্যাস অনুসারে অসমভাবে ঝাঁক বেঁধে থাকে। এই বৈশিষ্ট্য রোগ নির্ণয়ের সহায়ক। বলয়াকার গ্র্যানুলোমায় এবং বলয়াকার রক্তিমাভ স্ফোটকে বলয়াকার

বহিরাকৃতি সাধারণ ঘটনা। কখনো কখনো লিকেন প্লেনাসেও (বিশেষ করে কপালে ও পুরুষাঙ্গে) এই বৈশিষ্ট্য দেখা যায়।

করানুভূতিতে বোঝা যায় স্ফোটক বা ক্ষতের ঘনত্ব, ত্বকের মধ্যে তাদের গভীরতা এবং চাপে বেদনাবোধের উগ্রতা।

§ 622. স্ফোটক বা ক্ষতগুলি বর্ণনা করতে গিয়ে এবং তাদের গঠনগত পরিবর্তন আলোচনার সময় যে-সব নাম দেওয়া হয়েছে সেগুলি আগে বোঝা দরকার, তারপর বিবেচনা করা যেতে পারে তাদের শ্রেণী বিন্যাস, রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা। দৃশ্যমান পরিবর্তনগুলি বিচার করার সময় যে-সব বিকারতাত্ত্বিক কারণে তাদের উদ্ভব হয়েছে সেগুলিকে যদি প্রতিনিয়ত মনে রাখা হয় তবেই তাদের ব্যাখ্যার যথার্থতা সম্পর্কে ক্রমবর্ধমান ধারণা জন্মাবে। বায়ুযান দেখতে পাওয়ার মত শুধু চোখে দেখা স্মৃতির উপর নির্ভর করলে প্রচুর ভুল হওয়ার সম্ভাবনা থাকে; প্রতিটি ক্ষেত্রে যুক্তিপূর্ণ পদ্ধতি গ্রহণ দ্বারা সেই ভুল পরিহার করা যায়।

1. তিল বা দাগ (macule) হচ্ছে ত্বকের ছোট্ট একটি সীমাবদ্ধ এলাকায় রঙের পরিবর্তন। সেই দাগ অঙ্গুল দিয়ে অনুভব করা যায়না এবং এর গঠনবিন্যাস স্বাভাবিক। টিস্যু-গঠনচরিত্র বিশ্লেষণে রক্তনালীগুলির সরল ধরনের প্রসারণ অথবা রঞ্জকান্বিত (pigmented) পরিবর্তন ধরা পড়তে পারে, যা পরে বর্ণনা করা হবে।

2. পিড়কা (papule)* হল সীমাবদ্ধ এলাকায় নিরেট কোন উদ্‌গত অংশ যা করানুভূতিতে বোঝা যায়। **হুইল** বা চর্ম-আল হচ্ছে নরম পিড়কা যা কয়েক ঘণ্টা মাত্র স্থায়ী হয় এবং যার উৎপত্তি অন্তস্ত্বকের[1] শোথ থেকে। পিড়কাগুলির উদ্ভব হয় নিম্নোক্ত বিকারতাত্ত্বিক পরিবর্তনগুলি মধ্যে যে-কোন একটি বা যৌথভাবে একাধিক কারণে:

(a) ত্ব ক স্থূ ল তা (hyperkeratosis)—অর্থাৎ ত্বকের শৃঙ্গ গঠিত স্তরটি পুরু হয়ে যায়। (b) অ্যা কা ন থো সি সি (acanthosis)—অর্থাৎ বহিশ্চর্মের[2] নিম্নস্তরে জালিকাগুলি (rete mucosum) পুরু হয়ে যায়—যেমনটি হয় দীর্ঘস্থায়ী একজিমায়।

* পিড়কা—স্তনবৃন্তের মত উদ্‌গত অংশ

1. অন্তস্ত্বক—dermis 2. বহিশ্চর্ম বা উপত্বক—epidermis

(C) উ প স্ত ক-স্থু ল তা (parakeratosis)—অর্থাৎ অস্বাভাবিক শৃঙ্গকোষের উৎপত্তি—যেমনটি হয় সোরিয়াসিসে। (d) স্প ঞ্জি-য়ো সি স (spongiosis) বা বহিশ্চর্মের নিম্নস্তরে কোষগুলির অন্তর্বর্তী স্থলে শোথ, যা একজিমার অবধারিত পরিবর্তন। (e) উপস্তকের মারক (malignant) বা প্রাক-মারক বৃদ্ধি। (f) অন্তস্তকের স্থানীয় শোথ—যেমন দেখা যায় আম্বাতে। (g) অন্তস্তকে প্রদাহ-পীড়িত কোষের আবির্ভাব—যা দেখা যায় লুপাস ভালগারিসে। (h) সংযোজক কলার অস্বাভাবিকতা। (i) স্থানীয়ভাবে জালীয় অন্তর্ঝিল্লীতন্ত্রের (reticulo-endothelial system) সংখ্যা বৃদ্ধি। (j) বিপাক ক্রিয়া প্রসূত অস্বাভাবিক পদার্থ সঞ্চয় (zanthomatosis)। (k) কোষ ও রক্তনালীর জন্মতিলকের মত নানারকম বর্ধনশীল অস্বাভাবিকতা।

অন্তস্তক এবং উপস্তকের পরিবর্তনগুলি সাধারণত পরস্পর সংযোগী হওয়া সত্ত্বেও পিড়কাগুলি উপস্তক থেকে উদ্ভূত কি না অনেক সময় তা নির্ধারণ করা সম্ভব—যেমন অটুট উপস্তকের নিচে ত্বকের কোন আঁচিল বা বলয়াকার গ্র্যানুলোমা নির্ণয় করা যায়।

3. পর্বাণু (nodule) মূলত এক ধরনের বড় পিড়কা—যদিও পর্বাণুগুলি প্রায়ই ত্বকের আরও গভীরে অবস্থান করে অথবা থাকে অধস্তকে[3]।

যে সম্মিলিত বিকারতাত্ত্বিক পরিবর্তনের ফলে পিড়কার উদ্ভব হয়ে থাকে ঐ একই কারণে পর্বাণু সৃষ্টি হতে পারে—যদিও উপস্তক আক্রান্ত হয় কম ক্ষেত্রে এবং অধস্তকের কিছু কিছু পরিবর্তন বেশ প্রকট হওয়াও সম্ভব। উদাহরণ: (a) অধস্তকের ধমনিকা ও অনুশিরাগুলির চতুর্দিকে প্রদাহমূলক পরিবর্তন (বেজিন বর্ণিত ব্যাধিতে কিংবা পর্বাণুময় রক্তনালী-প্রদাহে); (b) স্থানীয়ভাবে ত্বকনিম্ন চর্বিতে ক্ষয়িষ্ণু ও প্রদাহমূলক পরিবর্তন—যা দেখা যায় পেন্নিকুলাইটিস (penniculitis) নামক ব্যাধিতে উদরের দেয়াল শক্ত হয়ে গেলে।

4. রক্তিমা (erythema) হচ্ছে ত্বকের সর্বত্র অথবা সীমিত এলাকায় ছড়িয়ে পড়া ধরনের রক্তিমাভা। এর উৎপত্তি অন্তস্তকে রক্তনালীগুলির

---

3. অধস্তক—hypodermis

প্রসারণের কারণে। যদি এই রক্তিমা চলতেই থাকে সেক্ষেত্রে এর সঙ্গে থাকে অথবা পরবর্তী পর্যায়ে ঘটে উপস্তকের পরিবর্তন।

5. **সজল ফুসকুড়ি ও ফোস্কা** (vesicles and bullae) হচ্ছে উপ-স্তকে অথবা তার নিচে পরিষ্কার তরল পদার্থ সঞ্চয়। আসলে এগুলি বৃহৎ সজল ফুসকুড়ি।

> সজল ফুসকুড়ি হয় কোষের মধ্যে এবং কোষগুলির অন্তর্বর্তী স্থলে উপস্তকের শোথ হওয়ার কারণে (spongyosis); যেমন হয় একজিমায়। অথবা হতে পারে কোষগুলির অন্তর্বর্তী আল ধ্বংস হয়ে যাওয়া (acantholysis) এবং কোষ-দেহের সুনির্দিষ্ট কিছু অস্বাভাবিকতার জন্যে; সরল ধরনের হারপিস ও হারপিস জষ্টারের মত ভাইরাস সংক্রমণে তাই হয়ে থাকে। ইমপেটিগোতে ফোস্কার উদ্ভব হয় শুধু শৃঙ্গস্তর পৃথক হয়ে যাওয়ার কারণে। হারপিসের অনুরূপ চর্ম-প্রদাহে এই ফোস্কাগুলির আবির্ভাব ঘটে ত্বক ও উপস্তকের সংযোগ স্থলে, আর পেমফিগাসে সেগুলি সৃষ্টি হয় কোষগুলির অন্তর্বর্তী আল ধ্বংস হওয়ার জন্যে এবং অবস্থান করে উপস্তকের মধ্যেই।

6. **পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি ও ফোস্কা** (pustules) নিছক স্থানীয়ভাবে পুঁজ সঞ্চয়। এগুলি গুটিকাকারে ছড়ানো কি না এবং প্রথম আবির্ভাবের সময়েই পুঁজযুক্ত ছিল, নাকি সজল ফুসকুড়ি থেকে ক্রমে ক্রমে পুঁজ সঞ্চয় হয়েছিল, এই খবরটি জানতে পারলে সুবিধা হয়।

7. **শল্ক বা আঁশ** (scale) সৃষ্টি হয় স্বাভাবিক বা অস্বাভাবিক শৃঙ্গ (horn) দিয়ে। স্বাভাবিক শৃঙ্গগুলি প্রদাহ প্রক্রিয়ার পর শল্করূপে পৃথক হয়ে যায়; যেমন হয় স্কারলেটিনায়। সোরিয়াসিসের শল্ক অস্বাভাবিক স্থূল শৃঙ্গ দিয়ে গঠিত এবং তাদের রুপালি চেহারার কারণ শৃঙ্গকোষগুলির অন্তর্বর্তী স্থলে বাতাস আটকে যাওয়া।

8. **মামড়ি** (crust) তৈরি হয় শুকনো সিরাম, পুঁজ বা রক্ত দিয়ে।

9. **ক্ষয়িষ্ণুতার** (atrophy) উদ্ভব হতে পারে দুরন্ত প্রদাহে কেশের কোষথলি (follicle) ও সংযোজক কলা ধ্বংস হওয়ার পরিণতি হিসাবে অথবা কোন মৌল পরিবর্তন রূপে। ক্ষয় পাওয়া ত্বক হয় মসৃণ ও আদলহীন, সেখানে কেশের কোষথলি অনুপস্থিত। তাতে ক্ষতাঙ্ক থাকতে পারে অথবা

আক্রান্ত এলাকাটি হতে পারে কোমল ও সূক্ষ্মভাবে কুঞ্চিত ; শেষোক্ত ক্ষেত্রে অন্তস্তকের ছোট ছোট যে-সব রক্তনালিকা চতুর্দিকস্থ সংযোজক কলার অবলম্বন হারিয়েছে তাদের প্রসারণ একটি বৈশিষ্ট্যরূপে দেখা দিতে পারে (telangiectasis)।

10. **রঞ্জকায়িত পরিবর্তন** (pigmentary changes) : ত্বকের রং নির্ভর করে শৃঙ্গস্তরের স্থূলতা, উপরতলের রক্তনালীগুলিতে রক্ত সংবহন ও অকসিহিমোগ্লোবিনের পরিমাণ এবং ত্বকে ও ত্বকনিম্ন টিস্যুতে অন্যান্য রঞ্জকের উপস্থিতির উপর। এর মধ্যে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ হল মেলানিন ও তার বিশ্লিষ্ট উপজাত মেলানয়েড। ত্বকের রং পী তা ভ - বা দা মী হয় যখন মেলানিনের দানাগুলি থাকে অন্তস্তকের উর্ধ্বাংশে, আর নী ল চে - কা লো রং নেয় যখন ঐ রঞ্জক থাকে অন্তস্তকের নিম্নাংশে। জাতিগত ও ব্যক্তিগত-ভাবে রঞ্জকায়নের (গায়ের রঙের) পার্থক্য নির্ভর করে মেলানিনের পরিমাণ অনুসারে। ত্বকনিম্ন চর্বিতে এবং অন্তস্তকের শৃঙ্গস্তরে অবস্থিত কেরাটোন নামক রঞ্জকের উপস্থিতিতে ত্বকের রং হতে পারে ক ম লা - হ লু দ। বিভিন্ন রোগাক্রান্ত অবস্থায় অত্যধিক পরিমাণে অথবা অস্বাভাবিক স্থানে মেলানিন কিংবা কেরাটোন উপস্থিত থাকতে পারে ; তেমনি থাকতে পারে স্বাভাবিক ত্বকে পাওয়া যায়না এমন কিছু কিছু রঞ্জক। উদাহরণস্বরূপ, শিরায় রক্তের অপ্রতুলতার জন্যে নিচের পায়ে লা ল চে - বা দা মী ছোপ পড়ে হিমোগ্লোবিনের বিশ্লেষ উপজাত হিমোসিডারিন থেকে। ত্বকের রং পী তা ভ হয় জণ্ডিসে পিত্তরঞ্জকের জন্যে। কিছু কিছু ওষুধ—বিশেষ করে মেপাক্রিন খেলেও ত্বক পীতাভ হয়ে যায়। দীর্ঘকাল ধরে অধিক মাত্রায় স্বর্ণ ও রৌপ্য ঘটিত লবণ সেবনে ত্বকের রং হয় যথাক্রমে লা ল চে - পাং শু এবং শ্লে টে র ম ত পাং শু।

11. **বহিশ্চর্ম-মোচন** (excoriation) সাধারণত একটি আনুষঙ্গিক ব্যাধি। চুলকানি জনিত কিংবা মনোজাত তীব্র উত্তেজনা কমানোর চেষ্টায় অনেক সময় রোগী নিজেই এই রোগটি সৃষ্টি করে থাকেন। পরাশ্রজীবী সংক্রমণে ত্বকে গভীর এবং জোরাল রেখার মত দাগ পড়ে যা থেকে প্রায়ই আনুষঙ্গিক সংক্রমণ ঘটে থাকে। জরা জনিত চুলকানিতে, আম্বাতে এবং লিকেন প্লেনাসে সাধারণত এরকম বৈশিষ্ট্যপূর্ণ কোন আঁচড়ের দাগ থাকেনা। একজিমাতে কখনো কখনো বিন্দুবৎ বহিশ্চর্ম-মোচন বেশ লক্ষণীয়। সরল

ধরনের লিকেনে এবং স্থান পরিবর্তনশীল একজিমায় (§ 671, 2) ঘর্ষণের ফলে ত্বক পুরু ও রঞ্জকায়িত হয়ে যায় এবং ত্বকের স্বাভাবিক রেখাগুলি প্রকট হয়ে ওঠে। প্রথমটি প্রায়শই ঘটে মহিলাদের গ্রীবার পশ্চাৎদেশে এবং পুরুষদের নিচের পায়ের বাইরের দিকে; তাছাড়া প্রায়ই দেখা যায় মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকার চুলকানিতে। আগেই কোন চর্মরোগ থাকলে অথবা মানসিক কারণ প্রসূত চুলকানির উপস্থিতিতে সেগুলি আরও জটিল হয়ে পড়ে। (ii) বয়ঃসন্ধিকালে মেয়েদের মুখে যে বহিশ্চর্ম মোচনকারী ব্রণ হয় (§ 635) তাতে একমাত্র তাৎপর্যপূর্ণ ব্যাধিপ্রক্রিয়া হল বহিশ্চর্ম মোচন। স্নায়বিক দুর্বলতা পীড়িত মহিলাদের গ্রীবায় এবং কাঁধে কখনো কখনো স্নায়ুপীড়া জনিত বহিশ্চর্ম মোচন হতে দেখা যায়।

§ 623. **কৃত্রিম চর্মরোগ** হয় অস্বাভাবিক মনোবৃত্তিসম্পন্ন এবং প্রচণ্ড হিস্টিরিয়াগ্রস্ত ব্যক্তিদের। হরেক রকম মনগড়া প্রক্রিয়ায় যেমন এগুলি সৃষ্টি করা হয়, এদের লক্ষণ ও নিদর্শনগত রূপও তেমনি বিচিত্র। প্রদাহগুলির উদ্ভট চরিত্র ও ব্যাপ্তি রোগ নির্ণয়ের সহায়ক এবং অনেক সময় রোগিণী যেখানে যেভাবে এগুলি সৃষ্টির ইচ্ছা পোষণ করেন ঘটনা সেই অনুসারেই ঘটে থাকে। ফোস্কা, দাহ কিংবা ক্ষত সৃষ্টি করা হয় দাহক, বীজঘ্ন কিংবা জ্বলন্ত সিগারেটের সাহায্যে, কখনো বা ঘর্ষণ মারফৎ, এমনকি মল প্রয়োগের দ্বারা সংক্রমণ ঘটিয়ে। কোন কোন রোগীকে দেখা যায় স্বেচ্ছাকৃত এই ক্ষত সৃষ্টি সম্পর্কে তিনি কিন্তু সম্পূর্ণ সচেতন নন। এই ধরনের ক্ষত মারফৎ তাঁরা হয়তো কিছু আর্থিক সুবিধা পান—যদিও বেশির ভাগ ক্ষেত্রে মিটানো হয় প্রত্যক্ষ বা অপ্রত্যক্ষ আবেগ। ক্ষেত্র বিশেষে আগে থেকে উপস্থিত সামান্য কোন ক্ষত চলতেই থাকে, যদিও প্রায়ই সে-ক্ষত স্বকৃত। চিকিৎসা মানসিক।

ত্বকের বিশৃঙ্খলার উৎপত্তি

বহু সাধারণ চর্মরোগের উৎপত্তিতে নানা ধরনের যে বিকারের উদ্ভব হয়ে থাকে তার কারণ একটি নয়। উদাহরণ হিসাবে বলা যায়, যে-রোগীর শিল্পজাত, বিশেষ করে কোন পরিষ্কারকের দ্বারা চর্ম-প্রদাহ সৃষ্টি হয়েছে তাঁর হয়তো ত্বকের কোন জন্মগত ত্রুটি ছিল, যার ফলে আবেগের স্থৈর্যহীনতার জন্যে রোগটি অস্বাভাবিক দীর্ঘস্থায়ী হওয়া সম্ভব। ত্বকের যে-কোন বিশৃঙ্খলার কারণ নিম্নোক্ত একাধিক গোষ্ঠির অন্তর্ভুক্ত হতে পারে: (1) জীন

প্রসূত চর্মের বিশৃঙ্খলা ; (2) ত্বকের বৃদ্ধি সম্পর্কিত ত্রুটি (জড়ুল) ; (3) বয়স জনিত পরিবর্তন ; (4) ভৌত এবং রাসায়নিক পদার্থের প্রতিক্রিয়া ; (5) অ্যালার্জি ঘটিত বিশৃঙ্খলা ; (6) পরাঙ্গজীবী সংক্রমণ ; (7) বীজাণু, ভাইরাস ও ছত্রাক সংক্রমণ ; (8) পুষ্টি, বিপাকক্রিয়া অথবা অন্তঃক্ষরী গ্রন্থি সংক্রান্ত ব্যাধি ; (9) রক্তনালীসমূহের বিশৃঙ্খলা ; (10) মানসিক ব্যাধি ; (11) নিরীহ এবং মারক অঙ্গবৃদ্ধি ; (12) অজ্ঞাত কারণ প্রসূত বিশৃঙ্খলা।

বিভাগ C. ত্বকের বিশৃঙ্খলা নির্ণয়, পূর্বাভাস ও চিকিৎসা

নিয়মানুগ পদ্ধতি ও শ্রেণী বিন্যাস : বিশদ এবং সযত্ন ইতিহাস একান্ত প্রয়োজন। চর্মরোগের, বিশেষ করে একজিমা, হাঁপানি অথবা তৃণজ্বর বা হে-ফিভারের ইতিহাস আছে কি না এবং অতীত ও বর্তমান পেশা ও শখ সম্পর্কে খবর নেওয়ার দিকে বিশেষ নজর দিতে হবে। গ্রীষ্ম-মণ্ডলীয় কিংবা আধা-গ্রীষ্মমণ্ডলীয় এলাকায় বসবাস রোগ নির্ণয়ের কাজকে সহজ করতে পারে। চর্মরোগ দেখা দেওয়ার সময় রোগী কোন ওষুধ খাচ্ছিলেন কি না সে-খবরটি জানা একান্ত প্রয়োজন। সঙ্গে সঙ্গে একথাও জানা দরকার যে সম্প্রতি ত্বকে স্থানীয়ভাবে কোন প্রলেপ লাগানো হয়েছে কি না যার ফলে আনুষঙ্গিক সংক্রমণ হয়ে থাকতে পারে।

রোগটি কত দিন ধরে চলছে সে-খবরটি অনুরূপ গঠন চরিত্রের অন্য রোগের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয়ে সাহায্য করবে। পরিবেশ এবং পেশা বদলের ফলে রোগটি উপশম হয় অথবা বৃদ্ধি পায় কি না জেনে নিতে হবে। ক্ষতের প্রাথমিক অবস্থানের সঙ্গে কোন বহিঃস্থ উত্তেজকে উন্মুক্ত হওয়ার সম্পর্ক থাকতে পরে। অনুভূত লক্ষণগুলি সযত্নে বিশ্লেষণ করতে হবে এবং সবশেষে আবেগাপ্লুত অবস্থায় স্ফোটক বা ক্ষতটি বৃদ্ধি পায় না কমে যায় সে-খবরটিও জেনে নেওয়া দরকার।

ত্বকের বিশৃঙ্খলার **শ্রেণী বিন্যাস** করা হয়েছে তাদের লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্যের ভিত্তিতে :

গোষ্ঠি I. ক্ষতটি যদি শুকনো হয় এবং সেটি

যদি (a) দাগ কিংবা রক্তিমা হয় সেক্ষেত্রে পড়তে হবে § 624

(b) ফুসকুড়ি হয় " " " § 635

যদি (c)	হুইল বা চর্ম-আল হয় সেক্ষেত্রে	পড়তে হবে			§ 652
„ (d)	শল্ক হয় প্রধান বৈশিষ্ট্য	„	„	„	§ 658
গোষ্ঠি II.	ক্ষতটি যদি আর্দ্র এবং নিঃস্রাবী হয় এবং যদি সজল ফুসকুড়ি, ফোস্কা বা মামড়ি থাকে	„	„	„	§ 670
গোষ্ঠি III.	রোগটি যদি পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি হয়	„	„	„	§ 678
গোষ্ঠি IV.	রোগটি যদি বহুরূপী হয়	„	„	„	§ 705
গোষ্ঠি V.	রোগটি যদি পর্বাণুরূপী হয়	„	„	„	§ 706
গোষ্ঠি VI.	রোগটি যদি ক্ষত হয়	„	„	„	§ 735
গোষ্ঠি VII.	রোগটি যদি শৃঙ্গ বা আঁচিলরূপী হয়	„	„	„	§ 741
গোষ্ঠি VIII.	রোগটি যদি ক্ষতাঙ্করূপী বা ক্ষয়িষ্ণু হয়	„	„	„	§ 750
গোষ্ঠি IX.	যদি রঞ্জকান্বিত পরিবর্তন ঘটে থাকে	„	„	„	§ 753
গোষ্ঠি X.	যদি স্বেদ ক্ষরণে বিশৃঙ্খলা ঘটে থাকে	„	„	„	§ 773
গোষ্ঠি XI.	যদি কেশ এবং করোটির ত্বক আক্রান্ত হয়ে থাকে	„	„	„	§ 775
গোষ্ঠি XII.	যদি নখে কোন অস্বাভাবিক পরিবর্তন ঘটে থাকে	„	„	„	§ 783

গ্রুপ I. সাধারণত শুকনো স্ফোটক

(a) যে-সমস্ত স্ফোটক প্রধানত ছড়িয়ে পড়া ধরনের কিংবা স্থানীয়ভাবে সীমিত রক্তিমার রূপ নেয় :

সর্বাঙ্গীণ	স্থানীয়ভাবে সীমিত
I. স্ফোটকোদ্গম সহ জ্বর (§ 476)	I. তুষার-ক্ষতের রক্তিমা দীর্ঘস্থায়ী তুষার-ক্ষত (·§ 627), ত্বকে
II. ওষুধ প্রসূত চর্ম-প্রদাহ (§ 624)	

III. সিফিলিস ঘটিত গোলাপী স্ফোটক (বা র‍্যাশ্) (§ 625)

IV. স্কারলেট জ্বরের রক্তিমা (§ 625)

নীলাভ ছোপ, স্ফীতি ও জ্বালা (ইরিথ্রো-সায়ানোসিস), হাত-পায়ের প্রান্ত নীলাভ হয়ে যাওয়া (অ্যাক্রো-সায়ানোসিস), হাত-পায়ের ত্বকে ফিকে-লাল-নীলাভ চিত্রিত জালক (লিভিডো-রেটিকুলারিস)··· ··· (§ 623)

II. রৌদ্রদগ্ধ রক্তিমা······ (§ 623)

III. দুপাট ত্বকের ঘর্ষণ জনিত রক্তিমা (ইন্টারট্রিগো) ও গামছা প্রসূত রক্তিমা ······ (§ 629)

IV. গোলাপী রক্তিমা (রোজাসিয়া) (§ 630)

V. রক্তিম নুপাস (ইরিথি-মেটোসাস)··· (§ 631)

VI. ইরিসিপেলাস ও অনুরূপ ব্যাধি········· (§ 632)

VII. পেলেগ্রা······ (§ 633)

VIII. অন্যান্য প্রকৃতির রক্তিমা।

একজিমা গোষ্ঠি সহ বহু চর্মস্ফোটকের প্রাথমিক পর্যায়ে ত্বকের রক্ত-নালীগুলির প্রসারণ জনিত রক্তিমা দেখা দিতে পারে, কিন্তু উপরে যে-সব অবস্থার তালিকা দেওয়া হয় সেগুলির সকল পর্যায়েই রক্তিমা একটি লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্য। অবশ্য সঙ্গে অন্য পরিবর্তনও থাকতে পারে কিংবা পরেও হতে পারে।

I স্ফোটকোদ্গম সহ জ্বর সম্পর্কে পঞ্চদশ অধ্যায়ে তীব্র সুনির্দিষ্ট জ্বরের গ্রুপ I বর্ণনা প্রসঙ্গে বিশদ আলোচনা করা হয়েছে।

§ 624. II. **ওষুধ সৃষ্ট চর্ম-প্রদাহ** খুবই গুরুত্বপূর্ণ অবস্থা। এগুলি বিশেষ কোন ওষুধের প্রতি অর্জিত অতি-সংবেদ্যতার প্রাথমিক সতর্কতা-জ্ঞাপক লক্ষণ হতে পারে। ঐ ওষুধ আরও বেশি দিন চালিয়ে গেলে গুরুতর, এমনকি মারাত্মক পরিণতি সম্ভব। তাছাড়া এগুলি অনুরূপ আরও নানা অবস্থার মত দেখাতে পারে। কোন ওষুধের প্রত্যক্ষ বিষক্রিয়া হিসাবে যে-ধরনের স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে এবং ওষুধের মাত্রা কমিয়ে দিলে যেগুলি অদৃশ্য হয়ে যায়, তার সঙ্গে কোন ওষুধের প্রতি অর্জিত অ্যালার্জি ঘটিত স্ফোটকগুলির পার্থক্য নির্ণয় করার গুরুত্ব আছে; শেষোক্ত ক্ষেত্রে ওষুধটি সামান্য মাত্রায় প্রয়োগ করলেও বিরূপ প্রতিক্রিয়া হয়ে থাকে এবং এইগুলিই বেশি দেখা যায়। আবার কোন কোন ক্ষেত্রে বিশেষ কোন ওষুধ দেহস্থ জীবাণু কিংবা ঈষ্ট্-এর স্বাভাবিক ভারসাম্য নষ্ট করার জন্যেও স্ফোট-কোদ্গম হয়ে থাকে। ওষুধ সৃষ্ট খুব কম স্ফোটকই সুনির্দিষ্ট চরিত্রের। তবে অনেক ওষুধ কিছু কিছু নির্দিষ্ট চরিত্রের স্ফোটক সৃষ্টি করে, যার ফলে যে-রোগী একসঙ্গে অনেকগুলি ওষুধ পাচ্ছে, সন্দেহ করা যায় যে তার মধ্যে বিশেষ কোন একটির জন্যে স্ফোটকের উদ্ভব হয়েছে, অন্যগুলির জন্যে নয়। এই ব্যাপারটিও বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ। বহুলব্যবহৃত যে-সব ওষুধ প্রয়োগে স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে, নিচে তাদের একটি তালিকা দেওয়া হল। অনেক ওষুধে বিভিন্ন ধরনের স্ফোটকের মধ্যে যে-কোন একটির উদ্ভব হতে পারে।

রক্তিমা—যা স্কারলেটিনার মত হওয়াও সম্ভব: আর্সেনামাইন, অ্যাট্রোপিন, বেলেডোনা, ক্লোরাল হাইড্রেট, প্যারা-অ্যামাইনোস্যালিসিলিক অ্যাসিড, কুইনিন।

দাগ কিংবা দাগযুক্ত পিড়কা—প্রায়ই হামের মত: অ্যান্টিপাইরিন, বার-বিটিউরেট্স্ ক্লোরামফেনিকল, ক্লোরপ্রোমাজিন, কোডিন, স্বর্ণ ও পারদ ঘটিত লবণ, প্যারা-অ্যামাইনোস্যালিসিলিক অ্যাসিড, পেনিসিলিন, ফিনিলবুটাজোন, স্ট্রেপটোমাইসিন, সালফোনামাইড গোষ্ঠি, টেট্রাসাই-ক্লিন, থায়োয়ুরাসিন। ওষুধ যদি চালিয়ে যাওয়া হয়, হামের গুটির মত, স্কারলেটিনার মত বা একজিমার মত স্ফোটকগুলি শল্ক মোচনকারী চর্ম-প্রদাহে পরিণত হতে পারে।

আম্বাত : আর্সেনামাইন, স্বর্ণ ঘটিত লবণ, ইনসুলিন, লিভার নির্যাস, পেনিসিলিন, স্যালিসিলেট ও অ্যাসপিরিন, অপর দেহের সিরাম।

বহুরূপী রক্তিমা : বারবিটিউরেট্স্, ফিনিলবুটাজোন, স্যালিসিলেট।

একজিমার অনুরূপ প্রতিক্রিয়া : আর্সেনামাইন, স্বর্ণ ও পারদ ঘটিত লবণ, পেনিসিলিন, সালফানিলামাইড গোষ্ঠি (আলোকস্নাত দেহাংশে)।

ফোস্কা : বারবিটিউরেট্স্ (দেখতে রস-নিঃস্রাবী বহুরূপী রক্তিমার মত হতে পারে), ব্রোমাইড ও আয়োডাইড গোষ্ঠি।

পারপিউরা : কারব্রোম্যাল, আয়োডাইড, মেপ্রোবামেট, কুইনিডিন, কুইনিন, সেডোরমিড।

মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায় চুলকানি ও চর্ম-প্রদাহ : ক্লোরামফেনিকল, স্বর্ণ ঘটিত লবণ, টেট্রাসাইক্লিন।

শল্ক-মোচনশীল চর্ম-প্রদাহ : আর্সেনামাইন, বারবিটিউরেট্স্, স্বর্ণ ও পারদ ঘটিত লবণ, প্যারা-অ্যামাইনোস্যালিসিলিক অ্যাসিড, ফিনিলবুটাজোন।

রঞ্জকায়ন : অজৈব আর্সেনিক, স্বর্ণ ও রৌপ্য ঘটিত লবণ, ফিনপ্‌থ্যালিন।

ব্রণের মত পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি : ব্রোমাইড ও আয়োডাইড গোষ্ঠি।

লিকেন-এর মত পিড়কা : স্বর্ণ ঘটিত লবণ, মেপাক্রিন।

ত্বক স্থূলতা : অজৈব আর্সেনিক যৌগ।

দানাদার পর্বাণু ও ফলক : ব্রোমাইড ও আয়োডাইড গোষ্ঠি।

সুনির্দিষ্ট স্ফোটকোদ্‌গম—চারিদিকে গোলাকার বা ডিম্বাকার সুস্পষ্ট বেষ্টনী ঘেরা এই ফলক দেখতে লাল এবং শোথযুক্ত, ক্রমে ঈষৎ কালচে-বেগুনি বর্ণ ধারণ করে। শোথ যথেষ্ট বৃদ্ধি পেয়ে ফলকের উপর বৃহৎ একটি ফোস্কায় পরিণত হতে পারে। এই প্রতিক্রিয়া কমে গেলে কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত বাদামী রঞ্জকায়ন থেকে যায়। যখনই বিশেষ ওষুধটি খাওয়া হয়, একই জায়গায় স্ফোটকোদ্‌গম হয়ে থাকে : অ্যান্টিপাইরিন, ফিনিটোইন, ফেনাসিটিন, ফিনপ্‌থ্যালিন (যা বহু বিরেচকে মিশানো থাকে), সালফোনামাইড।

§ 625. III. **সিফিলিসের গোলাপী স্ফোটক** (Roseola) রোজিয়োলা হচ্ছে সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে প্রাথমিক দাগের মত স্ফোটক। শ্যাঙ্কার আবির্ভাবের এক সপ্তাহের মধ্যে এর উদ্ভব হয়ে থাকে ; 6-8 সপ্তাহ

পরেও হতে পারে। এগুলি দেখতে ফিকে লাল দাগের মত, যাদের ব্যাস কয়েক মিলিমিটার থেকে এক সেন্টিমিটারের একটু বেশি। স্থান হিসাবে এদের পক্ষপাত উদরদেশ ও দুই পাশ, পিঠ, কাঁধ এবং বাহুর উর্ধ্বাংশ। স্ফোটকগুলি অলক্ষণীয় অবস্থা থেকে কয়েক দিনের মধ্যে অদৃশ্য হয়ে যেতে পারে অথবা পিড়কায় পরিণত হয়ে মুখে, করতলে ও পদতলে ছড়িয়ে পড়তে পারে।

রো গ নি র্ণ য় করা হয় সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ, সর্বাঙ্গের লসিকা গ্রন্থিগুলির ব্যাধিগ্রস্ত অবস্থা এবং শ্লেষ্মাঝিল্লীর ক্ষয়িষ্ণুতা মারফৎ। উপশম হয়ে আসা শ্যাঙ্কার হয়তো তখনও হাত দিয়ে অনুভব করা যেতে পারে। শতকরা 98·5টি ক্ষেত্রে ওয়াশারম্যান বিক্রিয়া অস্তিবাচক ফল দেয়। সম্প্রতি অ্যান্টি-বায়োটিক দ্বারা চিকিৎসা করা হয়েছে কি না জিজ্ঞাসা করা দরকার, কারণ তাতে রোগের গতি-প্রকৃতি পরিবর্তিত হয়ে থাকতে পারে। স্ফোটকোদ্‌গম সহ জ্বর, ওষুধ সৃষ্ট স্ফোটকোদ্‌গম এবং পিটিরিয়াসিসের (ভুসির মত আঁশযুক্ত চর্মপ্রদাহের) সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় মারফৎ ঐ ব্যাধিগুলির সম্ভাবনা বাতিল করতে হবে।

§ 626. IV. **স্কারলেটিনার অনুরূপ রক্তিমা :** নাম থেকেই বোঝা যাচ্ছে যে এই রক্তিমা স্কারলেট জ্বরের মতই, তবে সূচনাটি অনতিতীব্র এবং জ্বর ও সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলি মৃদু ধরনের। জিবটি স্ট্রবেরির মত (টুকটুকে লাল) নয়, গলার সোয়াব কালচার করে রক্তলয়ী স্ট্রেপটোকক্কাস পাওয়া যায়না এবং বারবার পুনরাক্রমণও অ-সাধারণ নয়। ক্ষত থেকে উদ্ভূত (সার্জিক্যাল) স্কারলেটিনা এবং ওষুধ প্রসূত স্ফোটকোদ্‌গম বাদ দিলে এমন অনেক রক্তিমা দেখা যায় যার কোন কারণ খুঁজে পাওয়া যায়না। বিরল কোন কোন ক্ষেত্রে দূষিত খাদ্যের বিষক্রিয়ায় অথবা বসন্তের টীকা দেওয়ার পর স্কারলেটিনার অনুরূপ বা হামের গুটির মত রক্তিমা হতে দেখা গিয়েছে।

মো টা মু টি স্থা নী য় ভা বে সী মি ত র ক্তি মা :

§ 627. I. **তুষার-ক্ষতের রক্তিমা** (Perniosis ; Chilblain) **:** (i) সাধারণ যে-রূপটি দেখা যায় তাতে প্রধানত আক্রান্ত হয় শিশু ও তরুণী মেয়েদের পায়ের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠ, গোড়ালি এবং আঙুলগুলি। এই রক্তিমার কারণ ঠাণ্ডা এবং আর্দ্রতার প্রতি ত্বকের ছোট ছোট রক্তনালীগুলির অস্বাভাবিক সংবেদ্যতা। ইংলণ্ড এবং পশ্চিম ইউরোপে রোগটির সাধারণ অনুপস্থিতি

থেকে বোঝা যায়, ঠাণ্ডাই এর একমাত্র কারণ নয়। রক্তিমার চাপড়াগুলি (patches) সিরাম নিঃসরণ মারফৎ শক্ত স্ফীতিতে রূপান্তরিত হয়। উগ্রতর ক্ষেত্রে সেগুলি কোস্কা এবং ক্ষতে পরিণত হতে পারে।

চিকিৎসা অসন্তোষজনক। গরম পরিবেশ এবং যথেষ্ট শারীরিক ব্যায়ামের গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা আছে। কখনো কখনো দিনে দু-তিনবার 25-30 মিলিগ্রাম নিকোটিনিক অ্যাসিড সেবনে উপকার হয়। কেউ কেউ নিম্নোক্ত মলমে সুফল পেয়েছেন: ফিনল 1 ভাগ, ক্যামফর 6 ভাগ, বালসাম পেরু 2 ভাগ, প্যারাফিন মোম 2·5 ভাগ, প্যারাফিন ড্রাম 7·5 ভাগ, নির্জল ল্যানোলিন সহ-যোগে মোট 100 ভাগ।

(ii) দীর্ঘস্থায়ী তুষার ক্ষতকে অনেক সময় শক্ত রক্তিমা বলে ভুল করা হয়। সাধারাণত আক্রান্ত হন মহিলারা; কিন্তু পুরুষ মহিলা নির্বিশেষে যে-কোন বয়সে পোলিও প্রসূত পক্ষাঘাতগ্রস্ত অঙ্গে এই ক্ষত হতে পারে। সে-ক্ষত শীতপ্রধান মাসগুলিতে চলতেই থাকে এবং উগ্রতর হলে গ্রীষ্মেও সম্পূর্ণ অদৃশ্য হয়না।

(iii) ত্বকে নীলাভ ছোপ: সাধারণত আক্রান্ত হন 12-25 বছর বয়সী মেয়েরা। লক্ষণীয় পর্বাঙ্কুর উপস্থিতিতে পায়ের নিম্নাংশ প্রায়ই স্থূলাকার হয়ে যায়। ম্যালিয়োলাসের (গুল্‌ফ্‌-সন্ধির দুই দিকে গাঁটের) ঠিক উপরে দুই পাশে একই ধরনের সুস্পষ্ট নিম্ন-কিনারা সহ নীলাভ রক্তিমা দেখা দেয় এবং ছোপ পায়ের পিছন দিকে ও পাশের 6-9 ইঞ্চি এলাকায় ছড়িয়ে পড়ে। মনে হয় আক্রান্ত এলাকায় ছড়িয়ে পড়া ধরনের কোন কিছুর অনুপ্রবেশ ঘটেছে। এই পরিবর্তন সবচেয়ে লক্ষণীয় হয় শীতের মাসগুলিতে যখন সেখানে পর্বাঙ্কুরূপী তুষার-ক্ষতের আবির্ভাব ঘটে। অসুবিধা হয় প্রধানত সৌন্দর্যের। বয়োবৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে অবস্থার উন্নতি ঘটে। সংবাহন, উদ্বেলিত সাইনাসয়েড তরঙ্গযুক্ত গাহন, ব্যায়াম এবং পট্টি বেঁধে (ব্যাণ্ডেজ করে) উপকার পাওয়া যায়। গরম মোজা এবং পশম লাগানো জুতো পরা উচিত।

হাত-পা নীলাভ হওয়া (acrocyanosis): হাতদুটি ঠাণ্ডা, নীলাভ এবং সামান্য স্ফীত। সাদা হয়ে যাওয়ার কোন বৃত্তান্ত শোনা যায় না। পুষ্টি সংক্রান্ত কোন পরিবর্তনও ঘটে না। যে-সব মহিলার রক্তনালীর

কর্মোদ্দীপনা অস্থির, সাধারণত তাঁরাই আক্রান্ত হন।

ত্ব কে বি ব র্ণ জা ল ক ছো প (Livedo Reticularis): হাত-পায়ের ত্বকে ফিকে লাল অথবা সামান্য নীলাভ জালিকার মত ছোপ পড়ে। ঠাণ্ডায় উন্মুক্ত হলে আরও বেড়ে যায়।

§ 628. II. **রৌদ্রদাহের রক্তিমা** হল বেগনিপারের আলোকরশ্মির 2900-3300-A তরঙ্গদৈর্ঘ্যে উন্মুক্ত ত্বকের স্বাভাবিক প্রতিক্রিয়া। উন্মুক্ত হওয়ার পর এক ঘণ্টার মধ্যেই রক্তিমা শুরু হয়ে যায়। তাপমাত্রা বেশি হলে সেখানে শোথের আবির্ভাব ঘটে যা দ্বিতীয় দিনে চূড়ান্ত পর্যায়ে পৌঁছে যায় এবং তখন আনুষঙ্গিক রক্তিমা দেখা দিতে পারে। উগ্রতর ক্ষেত্রে ফোস্কা পড়ে, জ্বর হয়, রোগী নির্জীব হয়ে এলিয়ে পড়েন। কয়েকদিন পরে শল্কপাত (আঁশ ওঠা) হতে থাকে। উন্মুক্ত হওয়ার পরমুহূর্ত থেকেই আগেকার রঞ্জকায়ন গভীরতর হতে থাকে এবং কয়েক দিন পরে সৃষ্টি হয় নতুন রঞ্জক। বারবার উন্মুক্ত হওয়ার পর সূর্যালোকের প্রতি সহনশীলতা বৃদ্ধি পাওয়ার প্রধান কারণ ত্বকের শৃঙ্গবহুল স্তরটি পুরু হয়ে যাওয়া।

চি কি ৎ সা: শতকরা 10 ভাগ প্যারা-অ্যামাইনোবেঞ্জোয়িক অ্যাসিড মিশ্রিত বিলীয়মান ক্রীম লেপনে রৌদ্রদাহের বিরুদ্ধে মোটামুটি সফল প্রতিরোধ সৃষ্টি করা যায়। প্রচণ্ড রৌদ্রদগ্ধ হলে, বিশেষ করে সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলির উপস্থিতিতে রোগীকে শয্যাশায়ী করে প্রোমেথাজিন হাই-ড্রোক্লোরের মত (ফেনারগন) হিস্টামিন-বিরোধী ওষুধ দিতে হয় 25 মিলিগ্রাম করে দিনে তিনবার। স্থানীয়ভাবে নিরুত্তেজক অনুলেপন প্রয়োগ করা যেতে পারে।

সূর্যালোক প্রসূত ত্বকের অন্যান্য প্রতিক্রিয়া:

(i) সূ র্যা লো ক প্র সূ ত এ ক জি মা: রৌদ্রে অল্পক্ষণ উন্মুক্ত হলেও রক্তিমা ও শোথ হতে পারে এবং তারপর হয় ক্ষরণ ও মামড়ি পড়া। এর কারণ, কিছু কিছু পদার্থ খাওয়ার এবং ত্বকের সংস্পর্শে আসার পর তাদের আলোক-সংবেদী প্রতিক্রিয়া। বিশেষ করে প্রচণ্ড রৌদ্রদাহের পর কোন অজ্ঞাত কারণেও এই ধরনের একজিমা হতে পারে। ওষুধের মধ্যে সবচেয়ে সাধারণ অপরাধী হল সালফোনামাইড গোষ্ঠি ও ক্লোরামফেনিকল। আর বহিরাগত সাধারণ সংবেদক হল আলকাতরা (tar) ও তার কিছু কিছু

উপজাত, কোন কোন লতা-গুল্ম এবং উদ্ভিদের তেল।

চি কি ৎ সা : কারণটি খুঁজে বের করতে হবে এবং তাদের সংস্পর্শ এড়িয়ে যেতে হবে। তবে আলোক-সংবেদ্যতা যেহেতু অবিচল হওয়া সম্ভব, তাই চিকিৎসাও হয় দীর্ঘকালীন এবং ক্লান্তিকর।

(ii) ব হু রূ পী আ লো ক - স্ফো ট ক (হাচিনসন বর্ণিত গ্রীষ্মকালীন স্ফোটক ও গ্রীষ্মকালীন চুলকানি* সহ) নির্ভর করে এক ধরনের জন্মগত অথবা অর্জিত আলোক-সংবেদ্যতার উপর। জ্বালাকর শোথযুক্ত পিড়কা অথবা ফিকে-লাল বা বেগনি-লাল ফলকের মত এই স্ফোটকগুলির সঙ্গে রক্তিমাভ লুপাসের পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে। আলোর আচ্ছাদন ব্যবহারে সুবিধা হতে পারে। তবে রক্তিমাভ লুপাসে যে-মাত্রায় ক্লোরোকুইন প্রয়োগ করা হয় তাতে বেশি উপকার পাওয়া সম্ভব।

(iii) আ লো ক প্র সূ ত আ ম্বা ত এমনিতে বিরল। আলোক রশ্মির নির্দিষ্ট কোন কোন তরঙ্গদৈর্ঘ্যের প্রতি সংবেদ্যতার ফলে দেহের আলোকস্নাত অংশে আম্বাতের চর্ম-আলের (wheal) উদ্ভব হয়ে থাকে।

(iv) প র ফা ই রি য়া হচ্ছে বিরল এক ধরনের রঞ্জকের ত্রুটিপূর্ণ বিপাকক্রিয়া। এর জন্মগত রূপটি শুরু হয় শৈশবেই। ত্বকের আলোকে উন্মুক্ত অংশে ফোস্কার উদ্ভব হতে পারে। দাঁত এবং অস্থিগুলি লালচে হয়ে যায়, আর প্রস্রাবের রং হয় লালচে, লাল অথবা কালচে এবং তাতে পাওয়া যায় ইউরোপরফাইরিন। এর তীব্র রূপটিতে আক্রান্ত হন প্রধানত প্রাপ্ত-বয়স্কা মহিলারা। তাঁদের কিন্তু আলোক-সংবেদ্যতা হয়না, বরং বেশি দেখা যায় উদরদেশীয় ও স্নায়বিক লক্ষণ। এ-রোগের একটি দীর্ঘস্থায়ী বিলম্বিত রূপ আছে (porphyria cutanea tarda) যা নরনারী নির্বিশেষে আক্রমণ করলেও প্রধানত হয় চল্লিশোর্ধ্ব পুরুষদের। উন্মুক্ত ত্বক রঞ্জকায়িত, ক্ষতাঙ্কচিহ্নিত এবং পুরু হয়ে যায়, আলোকপাতে অথবা আঘাতে (§ 415) ফোস্কার উদ্ভব হয়।

(v) গ্রী ষ্ম কা লী ন স জ ল ফু স কু ড়ি র চা প ড়া ও র ঞ্জ-কা য়ি ত ত্ব ক শু ষ্ক তা (Hydroa aestivale and xeroderma pigmentosa) হচ্ছে শৈশবের দুটি বিরল জন্মগত ত্রুটি। প্রথমটিতে আলোকে

* Prurigo aestivalis—গ্রীষ্মকালীন চুলকানিসহ এক ধরনের পিড়কা

উন্মুক্ত স্থানে ফোস্কার উদ্ভব হয় যা টীকার মত ক্ষতাঙ্ক রেখে যেতে পারে; বয়ঃসন্ধিকালে আপনা থেকেই সেরে যেতে পারে। রঞ্জকায়িত ত্বক-শুষ্কতা (xeroderma) একটি গুরুতর অবস্থা যাতে ত্বকের আলোকস্নাত অংশে বিন্দু বিন্দু দাগবিশিষ্ট রঞ্জকায়ন, ক্ষয়িষ্ণু ক্ষতাঙ্ক, কৈশিক জালকের স্ফীতি ও ত্বকস্থূলতা সৃষ্টি হয়। ত্বকস্থূলতা থেকে উদ্ভব হয় এপিথিলিয়ার টিউমার। রোগীকে সাবধানে সযত্ন তত্ত্বাবধানে না রাখলে জীবনের আশা কম।

§ 629. III. **চর্মের দুই পাটের ঘর্ষণজাত রক্তিমা (intertrigo) এবং নিতম্বের রক্তিমা** (গামছা জাত রক্তিমা):

লক্ষণ: চর্মের দুই পাটের ঘর্ষণজাত রক্তিমা সাধারণত সেই সব এলাকায় উদ্ভব হয় যেখানে দুই পাট ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে আসে—যেমন স্তনের নিচে, কুক্ষিদেশে, উরুর ঊর্ধ্বে ও ভিতরের অংশে, যৌনাঙ্গ ও উরুর বাঁকে, জন্মগত ফাটলে এবং শিশুদের গ্রীবাদেশীয় ত্বকের গভীর ভাঁজে। প্রথমে ত্বকের যে-অংশ পরস্পরের সংস্পর্শে আসে শুধু সেখানে দেখা দেয় সরল ধরনের আঘাত জাত রক্তিমা, কিন্তু পরে ঘর্ষণ ও স্বেদ ক্ষরণের ফলে আনুষঙ্গিক সংক্রমণ ঘটে এবং অতি-চিকিৎসার জন্যে উদ্ভব হয় একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ। এই অবস্থা বেশি দেখা যায় উষ্ণ আবহাওয়ায় এবং যাদের ওজন বেশি তাদের ক্ষেত্রে। অস্বাস্থ্যকর অভ্যাস এই রোগ সৃষ্টির সহায়ক। এর একটি রূপ হল ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ।

রোগ নির্ণয়: উরুর ভিতরের অংশে ছত্রাক সংক্রমণ (দাদ) কিনারায় সজল ফুসকুড়ি সহ প্রদাহমূলক ফলক হিসাবে ছড়িয়ে পড়ে। মনিলিয়াসিস দেখায় ফেস্টুনের নকসার মত, যার পরই থাকে বৈশিষ্ট্যপূর্ণ সমতলীয় ছোট্ট পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি। বয়স্ক রোগীদের সোরিয়াসিস হতে পারে পায়ু ও যৌনাঙ্গের অন্তর্বর্তী এলাকায়; তবে দেহের অন্যত্র এই বিশেষ ধরনের ব্যাধি-নিদর্শন না থাকলে পার্থক্য নির্ণয় করা দুরূহ।

চিকিৎসা: প্রথমে প্রস্রাবে শর্করা আছে কি না পরীক্ষা করে দেখতে হবে। রোগিণীর ওজন যদি বেশি হয় তাকে কম শর্করাযুক্ত খাদ্য দিতে হবে। গুরুতর ক্ষেত্রে শয্যাশায়ী থাকা সুবিধাজনক। আক্রান্ত এলাকাটি 1 : 5000 পটাসিয়াম পারমাঙ্গানেট সলিউসনে ধুয়ে ফেলে লোশিও

ক্যালামিনা ওলিয়োসা লাগাতে হবে এবং এর পর গজের টুকরো দিয়ে ফলকগুলি তুলে ফেলতে হবে। কয়েক দিন পরে লোশনের পরিবর্তে সাধারণ পাউডার ছড়ানো যায়।

নিতম্বের রক্তিমা :

ল ক্ষ ণ : ত্বকের দুই পাটের রক্তিমার সঙ্গে শিশুদের গামছা প্রসূত সাধারণ রক্তিমার পার্থক্য নির্ণয় করা দরকার। গামছা প্রসূত রক্তিমা ভাঁজ-এলাকায় না হয়ে সাধারণত দেখা দেয় উত্তল এলাকায়—যেমন নিতম্বে (পাছায়), যৌনাঙ্গে, পায়ের গোছের পিছন দিকে এবং কখনো কখনো উদরের নিম্নাংশে ও গোড়ালিতে। শুরুতে ছড়িয়ে-পড়া ধরনের ফিকে রক্তিমা হিসাবে দেখা দিয়ে পরে লাল ক্ষয়িষ্ণু পিড়কার রূপ নেয়।

রো গ নি র্ণ য় : জন্মগত সিফিলিসে ব্যাধির অন্যান্য নিদর্শন উপস্থিত থাকে।

উ ৎ প ত্তি : বীজাণু দ্বারা ইউরিয়া থেকে অ্যামোনিয়া সৃষ্টি হয়ে সেই অ্যামোনিয়া চর্মের উপদহন (irritation) সৃষ্টি করে। পরবর্তী বৈকল্যের উদ্ভব হয় আনুষঙ্গিক সংক্রমণের জন্যে।

চি কি ৎ সা : সর্বোচ্চ স্তরের স্বাস্থ্যবিধি পালন করা এবং মাঝে মাঝেই গামছা বদল করা উচিত। ত্বক রক্ষণের জন্যে নরম প্যারাফিন, অ্যাকোয়া-সাম মলম কিংবা সিলিকোন-প্রতিরোধী ক্রীম ব্যবহার করা যায়। গামছাটি ভাল করে ফুটিয়ে নিংড়ে নিলে আর কিছু করার দরকার হয়না, তবে বাড়তি সাবধানতা হিসাবে শেষবার নিংড়ানোর আগে মার্কারি পারক্লোরাইড সলিউসনে (1 : 4000) ডুবিয়ে দেওয়া যেতে পারে।

§ 630. IV. (গোলাপী স্ফোটক) **রোজাসিয়া** (Rosacea) হতে পারে তিনটি পর্যায়ে : (1) প্রাথমিক পর্যায়ে নাকে এবং কপোলে, কখনো কখনো ললাটে এবং চিবুকে বারবার রক্তোচ্ছাস জনিত রক্তিমা দেখা দেয়। প্রথম দিকে মাঝে মাঝেই এই রক্তিমা অদৃশ্য হয়ে যায়, কিন্তু ক্রমে স্থায়িত্ব লাভ করে। (2) পরবর্তীকালে ছোট ছোট রক্তনালীগুলি স্থায়ীভাবে প্রসারিত হয়ে পড়ে (telangiectasia) এবং রক্তোচ্ছাসিত এলকায় পিড়কা ও পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ির উদ্ভবে আরও বিকৃতি ঘটে। (3) উগ্রতর ক্ষেত্রে ঘর্মমেদের বৃদ্ধি প্রকট হতে পারে এবং নাকটি যথেষ্ট বড় হয়ে যাওয়া সম্ভব।

রোজাসিয়ার সঙ্গে অনিয়মিত বদহজম হতে পারে। অনেক রোগী লক্ষ্য করেছেন যে ক্লান্তি, উদ্বেগ, গরম এবং রৌদ্রে উন্মুক্ত হলে অবস্থার অবনতি ঘটে। ঋতুকালের আগে রোগটি সাধারণত বৃদ্ধি পায়।

রোজাসিয়ার সঙ্গে প্রায়ই অক্ষিপল্লবের (eyelids) এবং নেত্রবর্ত্মের (conjunctiva) মৃদু প্রদাহ হয়ে থাকে বটে, তবে তা সুনির্দিষ্ট নয়। সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ আনুষঙ্গিক অক্ষিপীড়া হল কর্নিয়াতে রক্তনালীর আধিক্য যা থেকে সৃষ্টি হতে পারে কর্নিয়ার প্রদাহ ও ক্ষত। অবশ্য রোজাসিয়ার উগ্রতার সঙ্গে কর্নিয়া-প্রদাহের কোন সম্পর্ক থাকেনা। ত্বকের এবং চোখের পীড়া একই সঙ্গে সম্ভব হলেও একটি আরেকটির বেশ কয়েক বছর আগেই দেখা দিতে পারে।

রো গ নি র্ণ য় তেমন কিছু দুরূহ নয়। রক্তিমাভ লুপাসে ক্ষয়িষ্ণু ক্ষতাঙ্ক এবং শৃঙ্গবহুল কোষগুলির অবরোধক বাহুল্য (horny follicular plugs) একটি লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্য। ব্রণে প্রায়ই থাকে কৃষ্ণমুখ শুকনো ঘর্মমেদ (comedones) এবং রক্তোচ্ছাস জনিত রক্তিমা থাকে অনুপস্থিত।

উ ৎ প ত্তি : নরনারী নির্বিশেষে বয়ঃসন্ধি থেকে শুরু করে সব বয়সেই রোজাসিয়া হতে দেখা যায়, তবে পুরুষদের তুলনায় মেয়েদের মধ্যেই বেশি। সাধারণত হয় মহিলাদের 30-50 বছরের মধ্যে এবং পুরুষদের 50-65 বয়ঃক্রমে। মূল কারণ আবেগের তাড়নায় রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনার স্থৈর্যহানি। অতীতে অন্তঃক্ষরী ক্রিয়াকলাপ এবং অন্যান্য যে-সব কারণকে দায়ী করা হত সেগুলি সম্ভবত রক্তনালীর কর্মোদ্দীপনার স্থৈর্যহীনতা বাড়িয়ে দিয়ে এর উৎপত্তিতে সহায়কের ভূমিকা গ্রহণ করে থাকে। গ্যাসস্ট্রোস্কোপ[1]-এর সাহায্যে পরীক্ষা করে মনে হয়েছে যে এইরোগে পাকস্থলীর শ্লেষ্মাঝিল্লীতে এবং ত্বকে সমান্তরাল পরিবর্তন হতে পারে; উভয়ের উৎপত্তির কারণ একই।

চি কি ৎ সা : রোগীর উচিত দায়-দায়িত্ব কমিয়ে দেওয়া এবং যথেষ্ট হালকা জীবন যাপন করা। চা কফি সুরা এবং অন্যান্য উত্তেজক খাদ্য কমিয়ে দিতে হবে। ফিনোবারবিটোনের সাহায্যে মৃদু প্রশান্তি সৃষ্টিতে উপকার হয়। এখন যদিও জানা গিয়েছে যে হাইড্রোক্লোরিক অ্যাসিডের অনুপস্থিতির সঙ্গে এ-রোগের কোন নিরন্তর সম্পর্ক নেই, তবু দুবেলা খাওয়ার

1. **Gastroscope**—পাকস্থলীর অভ্যন্তর পরীক্ষার যন্ত্র

সময় 30 মিনিম লঘুকৃত হাইড্রোক্লোরিক অ্যাসিড সেবনে উপকার পাওয়া যায়। যে-সব মহিলার ঋতুনিবৃত্তির লক্ষণ দেখা যাচ্ছে তাঁদেরকে ইস্ট্রোজেন দেওয়া উচিত। প্রাথমিক রক্তোচ্ছাসের পর্যায়ে স্থানীয়ভাবে প্রশান্তিকর অনুত্তেজক প্রলেপ লাগানো দরকার। পরবর্তী কালে দিনের বেলা লোশিও ক্যালামিনার সঙ্গে শতকরা 2 ভাগ সালফার এবং রাতে জিঙ্ক-ক্রীমের সঙ্গে শতকরা 2 ভাগ ইকথাম্মল[1] লাগানো যেতে পারে। আলোক-সংবেদ্যতায় প্রতিদিন 0·25 গ্রাম মাত্রায় ক্লোরোকুইন বেশ সুফল দেয়। পিড়কা এবং সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হলে কিংবা ঘর্মমেদ বৃদ্ধি পেলে শতকরা 2-4 ভাগ গন্ধকযুক্ত জিঙ্কের মলম প্রয়োগ করা উচিত। যে ক্ষেত্রে প্রথম থেকেই নাসা বড় এবং বিকৃত হয়েছে কিংবা কৈশিক জালিকার প্রসারণ জনিত ত্বকে ছোপ পড়েছে সেখানে কার্বন ডাইঅকসাইডের তুষার, অ্যাসিটোন এবং গন্ধকের নরম লেই-এর সাহায্যে শৈত্য-চিকিৎসায় সুফল পাওয়া যায়। দু-তিন মাস যাবৎ সপ্তাহে একবার এই চিকিৎসা চালিয়ে গেলে মুখের চেহারার যথেষ্ট উন্নতি ঘটে। তবে খুব বেশি নাসা-বিকৃতি হলে পুনর্গঠনীয় অস্ত্রচিকিৎসার প্রয়োজন।

§ 631. V. **রক্তিমাভ লুপাস** (Lupus erythematosus) :

সাম্প্রতিক কালে এই ব্যাধিটি সম্পর্কে বিশদ অনুসন্ধান চালানোর সময় রোগ নির্ণয়ের ক্ষেত্রে এমন কিছু নতুন পদ্ধতি গ্রহণ করা হয়েছে যার ফলে আগে যে-গুলিকে অন্য রোগ বলে মনে করা হত, বর্তমানে এরকম অনেক-গুলিই লুপাস বলে ধরা পড়ছে।

ল ক্ষ ণ গু লি স্থানীয়ভাবে ত্বকে সীমাবদ্ধ থাকতে পারে অথবা সর্বাঙ্গের বিভিন্ন তন্ত্রে ছড়িয়ে পড়তে পারে। এ-রোগের বিভিন্ন প্রকৃতির মধ্যে কোন সুনির্দিষ্ট সীমারেখা টানা সম্ভব নয়।

(A) স্থা নী য় প্রকৃতিটি হতে পারে তিন ধরনের : (i) সবচেয়ে সাধারণ হল দী র্ঘ স্থা য়ী চ ক্রা কা র রূ প। সাধারণত আক্রান্ত হন চল্লিশোর্ধ্ব মহিলারা। সচরাচর হয় মুখে—প্রজাপতির মত ছড়ানো অথবা অসম্বদ্ধ চক্রাকার চাপড়া (patch)। করোটি-চর্মও আক্রান্ত হতে পারে। রক্তোচ্ছাস জনিত রক্তিমার একটি সুস্পষ্ট ফলক শল্ক দিয়ে ঢাকা। এবং তার

2. Icthammol

নিচে ছোট ছোট অবরোধক (plugs) বর্ধিতকায় কেশথলির মধ্যে (hair-follicle) বিস্তারিত। রক্তোচ্ছাস কমে এলে ক্ষয়িষ্ণু ক্ষতচিহ্ন এবং কৈশিক জালিকার প্রসারণ জনিত ছোপগুলি স্পষ্ট হয়ে ওঠে। মন্থর অথবা দ্রুত কেন্দ্রাতিগ সম্প্রসারণও সম্ভব। (ii) তীব্র স্থানীয় ভাবে সীমিত শোথযুক্ত ধরনটি হল চতুর্দিক ঘেরা শোথযুক্ত ফলক; এগুলি সম্পূর্ণ অদৃশ্য হয়ে যেতে পারে অথবা দীর্ঘস্থায়ী চক্রাকার রূপ নিতে পারে। (iii) দীর্ঘস্থায়ী ছড়িয়ে পড়া ধরনটিতে অসংখ্য দীর্ঘস্থায়ী চক্রাকার ক্ষত ব্যাপকভাবে বিস্তৃতি লাভ করে, কিন্তু তন্ত্রীয় লক্ষণ কম অথবা অনুপস্থিত; তাছাড়া রক্তিম লুপাস বা LE-কোষ পাওয়া যায়না।

(B) এ-রোগের তন্ত্রীয় রূপ সম্পর্কে বর্ণনা করা হয়েছে § 602 অনুঅধ্যায়ে। এতে ত্বকের অস্থায়ী রক্তিমা দেখা দিতে পারে অথবা আদৌ কিছু না হতেও পারে। প্রবল জ্বরের সঙ্গে রক্তিমাভ, পারপিউরাসুলভ অথবা ফোস্কা জাতীয় স্ফোটকের উদ্ভব হয়, তন্ত্রীয় লক্ষণগুলির আবির্ভাব ঘটে। তীব্র ছড়িয়ে-পড়া প্রকৃতিতে LE-কোষ পাওয়া যায়। অনতিতীব্র ছড়িয়ে-পড়া প্রকৃতিতে দেখা যায় শোথযুক্ত ক্ষত, অল্প জ্বর এবং মৃদু তন্ত্রীয় লক্ষণ; লুপাস-কোষ পরীক্ষার ফল অস্তি কিংবা নাস্তিবাচক।

রোগ নির্ণয়: স্থানীয়ভাবে সীমাবদ্ধ প্রকৃতিতে টিস্যু-গঠন চরিত্র পরীক্ষা দ্বারা রোগ নির্ণয়ের সমর্থন পাওয়া যায়। তন্ত্রীয় প্রকৃতিতে ত্বকের কোন পরিবর্তন যদিবা হয় তার কোন সুনির্দিষ্ট বিশেষত্ব থাকেনা। ল্যাবরেটারীতে রোগ নির্ণয়ের সমর্থনযোগ্য প্রমাণ হল লোহিত কণিকাদের থিতানোর হার বৃদ্ধি, শ্বেত কণিকাদের সংখ্যা হ্রাস, রক্তে গ্লোবিউলিনের হার বৃদ্ধি এবং প্রান্তীয় রক্তস্রোতে অথবা মজ্জায় রক্তিম লুপাস-কোষের উপস্থিতি (প্লেট XVII)।

উৎপত্তি: কারণটি অজানা। অতীতে বিশেষ বিশেষ ক্ষেত্রে যে-কারণগুলিকে দায়ী করা হত, সম্ভবত সেগুলি উৎপত্তিগত নয়, প্ররোচক মাত্র। প্রায়ই আলোক-অতিসংবেদ্যতা ঘটে এবং সূর্যালোকে উন্মুক্ত অবস্থায় ব্যাধি উগ্রতর রূপ নেয়। কিছু কিছু ওষুধের প্রতি, বিশেষ করে সালফানিলামাইড গোষ্ঠির প্রতি অতি-সংবেদ্যতা প্রসূত বিরূপ প্রতিক্রিয়ার অর্থ হল অনাক্রম্যতার প্রতি সংবেদনশীলতায় ক্রমবর্ধমান বিশৃঙ্খলা—যার ফলে শ্বেত ও লোহিত কণিকা এবং টিস্যুর বিভিন্ন উপাদানের বিরুদ্ধে হানিকর

স্বতোৎসারী প্রতিবস্তু সৃষ্টি হয় এবং সেই প্রক্রিয়া চলতেই থাকে।

পূর্বাভাস: দীর্ঘস্থায়ী চক্রাকার শোথগুলি কয়েক মাসের মধ্যে কমে গিয়ে স্থায়ী ক্ষতাঙ্ক রেখে যায় অথবা সম্পূর্ণ নিষ্ক্রিয় হওয়ার আগে কয়েক বছর ধরে মাঝে মাঝেই সক্রিয় ও সম্প্রসারিত হতে থাকে। কিছু কিছু দীর্ঘস্থায়ী চক্রাকার প্রকৃতি তীব্র তন্ত্রীয় রূপে রূপান্তরিত হয়। এ-ধরনের ঘটনা বেশি ঘটে তরুণী মেয়েদের ক্ষেত্রে; বয়স্কা মহিলা ও পুরুষদের ক্ষেত্রে খুব কমই দেখা যায়। তীব্র সর্বাঙ্গীণ প্রকৃতির এক বৃহৎ অংশ শুরু থেকেই উগ্র রূপ ধারণ করে।

চিকিৎসা: তন্ত্রীয় প্রকৃতির চিকিৎসা বর্ণনা করা হয়েছে § 602 অনুঅধ্যায়ে। ত্বকের ক্ষতগুলি যখন দীর্ঘস্থায়ী চক্রাকার রূপ নেয় এবং যখন তন্ত্রীয় লক্ষণ থাকেনা, সে-অবস্থায় বহির্বিভাগ থেকে চিকিৎসা করলেই চলে। বর্তমানে চিকিৎসা করা হয় ক্লোরোকুইন, হাইড্রক্সি-ক্লোরোকুইন এবং মেপাক্রিন জাতীয় ম্যালেরিয়া-বিরোধী ওষুধ দিয়ে। এর মধ্যে কোন একটি সহ্য করা না গেলে অন্যগুলি দিয়ে চেষ্টা করা যেতে পারে। চিকিৎসা চালাতে হবে কয়েক মাস ধরে। দৈনিক 0·2-0·6 গ্রাম মাত্রায় ক্লোরোকুইন সালফেট অথবা দৈনিক 0·4-0·8 গ্রাম মাত্রায় হাইড্রক্সি-ক্লোরোকুইন সেবনে সামান্য বমিভাব জাগলেও আনুষঙ্গিক প্রতিক্রিয়া খুবই কম। বিকল্প হিসাবে 0·1 গ্রাম মাত্রায় দিনে দুবার কি তিনবার মেপাক্রিন প্রয়োগ করা যায় বটে কিন্তু ত্বক পীতাভ হয়ে যায় এবং বিরল ক্ষেত্রে রক্ত কণিকার নিরুৎপাদন জনিত (aplastic) অ্যানিমিয়ার উদ্ভব হয়ে থাকে। সব ওষুধই শুরুতে ব্যবহার করলে সন্তোষজনক ফল দেয়। ব্যাধির পুনরাবির্ভাব নিবারণের জন্যে যে-ওষুধে সবচেয়ে বেশি উন্নতি হল সেইটিই অল্প মাত্রায় চালিয়ে যাওয়া উচিত। ফেলে যাওয়া ক্ষতাঙ্ক দ্বারা মুখ-লাবণ্যের বিকৃতি ঘটলে কার্বন ডাইঅকসাইড-এর তুষার দ্বারা তা কমিয়ে ফেলা যায়। এরকম অবস্থায় তরুণী মেয়েদের উচিত সূর্যালোকে সরাসরি উন্মুক্ত না হওয়া এবং আলোর আচ্ছাদন ব্যবহার করা (§ 625)।

§ 632. VI. **ইরিসিপেলাস** ও অনুরূপ ব্যাধি আলোচিত হয়েছে § 478 অনুঅধ্যায়ে।

লক্ষণ: 2-3 দিনের উপ্তিকালের পর এ-রোগের স্থানিক প্রকৃতিটি দেখা দেয় সুস্পষ্ট সীমান্ত ঘেরা ধূসর রক্তিমা রূপে। সেই সীমান্তে সজল

ফুসকুড়িও থাকতে পারে। 3 সপ্তাহের মধ্যে আপনা থেকেই সেরে যায়। এই সংক্রমণের তন্ত্রীয় রূপ বিরল। পেনিসিলিন ইনজেকসনে দ্রুত নিরাময় হয়।

§ 633. VII. **পেলেগ্রা** একটি ঘাটতি জনিত ব্যাধি যার উৎপত্তি জটিল।

লক্ষণ: ধ্রুপদী ত্রিলক্ষণ—চর্ম-প্রদাহ, উদরাময় ও চিত্তভ্রংশ দেখা যায় শুধু উগ্রতর অবস্থায়। সঙ্কেতজ্ঞাপক লক্ষণগুলি হল ক্ষুধামান্দ্য, বদহজম, ওজন হ্রাস, দুর্বলতা, অনিদ্রা, অবসাদ ও বিভ্রান্তি। (i) ত্বকের বিকার দেখা দেয় আলোকে উন্মুক্ত এলাকাগুলিতে—মুখে, গ্রীবায়, হাত ও মণিবন্ধের পিছন দিকে, কখনো কখনো পায়ের নিম্নাংশে, পায়ের পাতায় ও গুল্‌ফ্‌-সন্ধিতে। দুরন্ত রৌদ্রদগ্ধ চাপড়ার মত অথবা ছড়িয়ে-পড়া ধরনের রক্তিমাগুলি অচিরে রঞ্জকায়িত হয়ে পড়ে। পরবর্তীকালে এগুলি শল্কযুক্ত, পুরু এবং বিদীর্ণ রূপ নেয়। যেখানে ঘর্ষণ কিংবা চাপ লাগে সেইসব জায়গায় দেখা দেয় অত্যধিক ত্বকস্থূলতা, ফাটল এবং রঞ্জকায়ন; এগুলি সুস্পষ্ট কিনারাসহ রঞ্জিত সীমান্ত দিয়ে ঘেরা। মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায় রঞ্জকায়ন ও বহিশ্চর্ম-মোচন কখনো কখনো লক্ষণীয় হয়ে ওঠে। রোগের মৃদু প্রকৃতিতে, যা ব্রিটেনে দেখা যায়, ত্বকের কোন বিকার নাও হতে পারে অথবা দেখা দেয় শুধু রক্তিমা ও রঞ্জকায়ন। (ii) পাকস্থলী ও অন্ত্রনালী প্রথম থেকেই আক্রান্ত হতে পারে—রোগী জিবে, মুখ বিবরে ও গলার মধ্যে জ্বালা ও দাহ অনুভব করেন, অত্যধিক লালা ক্ষরণ হতে থাকে। প্রায়ই বমিভাব, বমি, পেট ফাঁপা এবং খাওয়ার পর পেটে ব্যথা অনুভূত হয়। পরবর্তীকালের বৈশিষ্ট্য হল দুরন্ত উদরাময়—জিবটি মসৃণ, লাল ও স্ফীত এবং মুখের মধ্যে অ্যাপথাসঘটিত (aphthous)* প্রদাহ। পাকস্থলীর পাচকরসে কিণ্ব পদার্থ অনুপস্থিত থাকতে পারে এবং কোন কোন ক্ষেত্রে দেখা দেয় অ্যানিমিয়া, কখনো বা মেগালোব্লাস্ট্‌ অধ্যুষিত অ্যানিমিয়া। যোনি এবং পায়ুর প্রদাহ ঘটতে পারে। (iii) প্রথমদিকে স্নায়বিক লক্ষণ হল অবসাদ, ভয়, খিটখিটে মেজাজ, অনিদ্রা, শিরঃপীড়া এবং হাতে-পায়ে জ্বালা। পরবর্তীকালে দেখা দেয় কম্পন, ঝাঁকি দিয়ে অঙ্গ সঞ্চালন, প্রতিবর্ত ক্রিয়ার পরিবর্তন এবং

* **Aphtha**—মুখের মধ্যে ছোট ছোট সাদা বা রক্তিমাভ ঘা

আক্ষেপযুক্ত ও সমন্বয়হীন অঙ্গ সঞ্চালন। এই ধরনের বহু রোগীই মানসিক হাসপাতালে ভ্রম-বাতুলতা* ও অমূল-প্রত্যয়ে আক্রান্ত হয়ে মৃত্যুবরণ করেন।

উ ৎ প ত্তি : পেলেগ্রা হতে পারে যে-কোন বয়সে যে-কোন জাতির। তবে সাধারণত হয় মেয়েদের। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের দক্ষিণাঞ্চলে, দক্ষিণ ইউরোপের কোন কোন দেশে এবং মধ্যপ্রাচ্যে এটি একটি স্থানীয় ব্যাধি। মূল কারণ হল দেহে নিকোটিনিক অ্যাসিডের ঘাটতি, যার উদ্ভব খাদ্যে এই ভিটামিনটির অপ্রতুলতা অথবা ঠিকমত আত্মস্থ না হওয়া কিংবা কোন ভিটামিন বিরোধী খাদ্য খাওয়া। অধিকাংশ প্রোটিনে উপস্থিত অন্যতম অপরিহার্য অ্যামাইনোঅ্যাসিড ট্রিপটোফেন খাদ্যে নিকোটিনিক অ্যাসিডের ঘাটতি আংশিকভাবে পূরণ করতে পারে। ভুট্টায় এই অ্যামাইনোঅ্যাসিড আছে নগণ্য পারিমাণে এবং তাছাড়া আছে ভিটামিন-বিরোধী পদার্থ। এই কারণে যে-সব এলাকায় প্রধান খাদ্য ভুট্টা, সেখানে পেলেগ্রার প্রকোপ বেশি। অধিকাংশ পেলেগ্রাক্রান্ত রোগী প্রেটিন এবং অন্যান্য খাদ্য-উপাদানের ঘাটতিতে ভোগেন। ব্রিটেনে সাধারণত এ-রোগের শিকার হন যাঁরা খাদ্যের পরিবর্তে পান করেন সুরা, এবং বৃদ্ধরা ও খামখেয়ালী দরিদ্ররা ; এছাড়া আক্রান্ত হন পাকস্থলী ও অন্ত্রনালীর বা লিভারের ব্যধিগ্রস্তরা, যাদের খাদ্য ঠিকমত আত্তীকরণ হয়না।

পূ র্বা ভা স : ব্যাধিটি দীর্ঘস্থায়ী প্রকৃতির এবং মাঝে মাঝে ঋতু বিশেষে আংশিক উপশম হয়ে যায়, কিন্তু চিকিৎসা না হলে 3 থেকে 15 বছরের মধ্যে প্রাণঘাতী হয়ে পড়ে।

চি কি ৎ সা : খাদ্যে যদি প্রোটিন এবং জলে দ্রবণীয় অন্যান্য ভিটামিনের ঘাটতি থাকে সে-রকম অবস্থায় শুধু নিকোটিনিক অ্যাসিড প্রয়োগে পেলেগ্রা নিরসন হবে কি না সন্দেহ। রোগীকে শয্যাশায়ী রেখে চিকিৎসা করতে হবে। পথ্য দিতে হবে উচ্চ ক্যালরিসম্পন্ন, শর্করা কম ও প্রোটিনে সমৃদ্ধ—যথেষ্ট পরিমাণে টাটকা দুধ, চর্বিহীন মাংস, মারমাইট ও টাটকা সবজি। সঙ্গে দিতে হবে সম্পূর্ণ বি-কমপ্লেক্স্। যদি থিয়ামিন ঘাটতির নিদর্শন থাকে সে-ক্ষেত্রে বৃহৎ মাত্রায় ঐ ভিটামিনটি ইনজেকসন দেওয়া উচিত।

---

* ভ্রম ব্যাকুলতা—**Paranoid** ; অমুল-প্রত্যয়—**Dellusion**

মুখ দিয়ে নিকোটিনিক অ্যাসিড প্রয়োগ করতে হবে প্রতিদিন 500 মিলিগ্রাম মাত্রায় 7-10 দিন এবং এর পর অল্প রক্ষণ মাত্রায় চালু রাখতে হবে। উগ্রতর ক্ষেত্রে দৈনিক 200 মিলিগ্রাম ইনজেকসন দেওয়া দরকার। সঙ্গে লৌহ এবং অ্যাসকরবিক অ্যাসিড।

§ 634. VIII. **অন্যান্য প্রকৃতির রক্তিমা ঃ** (i) মৌল উপদাহক পদার্থ দ্বারা রক্তিমা সৃষ্টি হয়ে তা থেকে একজিমার উদ্ভব হতে পারে। এরকম ক্ষেত্রে কারণ নির্ণয় করতে হয় রক্তিমার ব্যাপ্তি ও ইতিহাস থেকে। (ii) শল্ক-মোচনশীল চর্ম-প্রদাহে শল্ক সহ রক্তিমার উদ্ভব হয় (§ 665)। (iii) পেশী সহ চর্ম-প্রদাহে রক্তিমা দেখা দেয় বিশেষ করে মুখে এবং প্রায় প্রথম থেকেই অক্ষি-পল্লব ফুলে ওঠে (§ 606)। (iv) গর্ভাবস্থায় এবং লিভারের সিরোসিসে প্রয়াই করতলে ও পদতলে রক্তিমা দেখা যায়। (v) কুষ্ঠ রোগে ফিকে লাল দাগ কিংবা ফলক সৃষ্টি হতে পারে (§ 715)। (vi) বলয়াকার রক্তিমা হতে পারে আম্বাতে। (vii) কেন্দ্রাতিগ বলয়াকার রক্তিমা* দেখা দেয় পিঠে, উরুতে অথবা বাহুতে এবং সেখান থেকে বলয়াকারে বিস্তৃত হতে হতে কয়েক মাস স্থায়ী হওয়ার পর আপনা থেকেই পুনরাবৃত্ত হতে থাকে। (viii) উকুন দংশন জাত রক্তিমা লালচে ফলকরূপে শুরু হয়ে কেন্দ্রাতিগ বলয়াকার রক্তিমার মতই প্রান্তীয় বিস্তৃতি ও কেন্দ্রীয় শূন্যতা সৃষ্টি করে। (ix) বাত জনিত বলয়াকার রক্তিমা হল ছোট ছোট বলয়ের ভাঙ্গাভাঙ্গা জালিকার চাপড়া, সেগুলি অস্থায়ী এবং দেখা যায় বাত ব্যাধির সঙ্গে।

(b) যে-সব স্ফোটক প্রধানত পিড়কা রূপ ধারণ করে

সাধারণ	বিরল
I. ব্রণ (acne vulgrris (§ 635)	VIII. বলয়াকার গ্র্যানুলোমা (§ 644)
II. চুলকানি সহ স্ফোটক (prurigo) (§ 636)	IX. সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে পিড়কারূপী স্ফোটক (§ 645)

* এই রক্তিমার প্রান্তদেশ সম্প্রসারিত হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে কেন্দ্রভাগ ফাঁকা হয়ে যায় এবং এইভাবে বলয়াকৃতি ধারণ করে।

সাধারণ	বিরল
III. লিকেন্ প্লেনাস (§ 637)	X. যক্ষ্মা জাত ত্বকের স্ফোটক (§ 646)
IV. মসৃণ আঁচিল (§ 638)	XI. কেশ মূলে ত্বকস্থূলতা (keratosis pilaris) (§ 647)
V. সংক্রামক কম্বোজ রোগ (molluseum)(§ 639)	XII. গুটিকাকৃতি ত্বকস্থূলতা (keratosis folli-cularis) (§ 648)
VI. পাঁচড়া ; অন্যান্য উকুন ঘটিত চর্মরোগ ; (§ 641) দেহের উকুন ব্যাধি (pediculosis) (§ 642)	XIII. ঘর্মমেদের টিউমার (adenoma seba-ceum) (§ 649)
VII. বহুরূপী রক্তিমা (§ 943)	XVI. ফক্স্-ফরডাইস বর্ণিত চর্মরোগ (§ 650)
	XV. যে-সব স্ফোটক কোন এক পর্যায়ে পিড়কা রূপ নিয়ে থাকে (§ 651)

§ 635. I. **সাধারণ ব্রণ** (acne vulgaris) : বয়ঃসন্ধিকালে অধিকাংশ ছেলে-মেয়েই মৃদু ব্রণে আক্রান্ত হয়। এর মধ্যে শতকরা 10 জনের ক্ষেত্রে অবস্থা এত উগ্র রূপ নেয় যে তখন চিকিৎসকের সাহায্য দরকার হয়ে পড়ে।

এই স্ফোটকের বৈশিষ্ট্য হল কমেডো* (comedo)—অর্থাৎ কোষ-থলির মধ্যে কালচে হয়ে যাওয়া শৃঙ্গবিশিষ্ট ছিপি বা অর্গল সৃষ্টি। ব্রণগুলির গঠন প্রকৃতি বহুবিধ—নানা ধরনের কমেডো, পিড়কা, ফুসকুড়ি, শক্ত হয়ে ওঠা গুটি ও সিষ্ট্-এর সমষ্টি। এদের আবির্ভাব ঘটে মুখে, পিঠে, কাঁধে, বুকে এবং গ্রীবার পিছনে। অনেকের ত্বক হয় তৈলাক্ত, কর্কশ ও পুরু এবং কোষথলির মুখগুলি উন্মুক্ত; করোটি-চর্ম প্রায়ই তৈলাক্ত কিংবা শল্কযুক্ত।

** Comedo—প্রসারিত কোষ থলির (follicle) মধ্যে কেরাটিন ও ঘর্মমেদের অর্গল বা ছিপি (plug)

আগেই বলা হয়েছে, ব্রণ সাধারণত হয় বয়ঃসন্ধি কালে ; পরেও হতে পারে। মহিলাদের কোন কোন ধরনের মুখের ব্রণ প্রথম দেখা দেয় বিশ থেকে তিরিশের মধ্যে এবং পুরুষদের পিঠে কিংবা গ্রীবাদেশে পঁচিশের পর ; সবচেয়ে বেশি হয় 17-19-এর মধ্যে, তার পর কমতে থাকে।

রো গ নি র্ণ য়ে বিশেষ অসুবিধা হয়না। কোলাজেন ঘটিত স্ফোটক বাদ দিলে শুধু সিফিলিস ঘটিত পিড়কা, টিউবারকুলোসিস ঘটিত কোন কোন ধরনের পিড়কা এবং ঘর্মমেদজাত টিউমারের (অ্যাডিনোমা) সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা দরকার হতে পারে।

উ ৎ প ত্তি ঃ অতিরিক্ত ঘর্মমেদ ক্ষরণ এবং ব্রণ-প্রবণতা দুই-ই পারিবারিক বৈশিষ্ট্য হওয়া সম্ভব। বয়ঃসন্ধিকালে কেশ ও ঘর্মমেদের কোষথলিগুলির (follicle) যৌন উত্তেজনা এবং শৃঙ্গস্তরের স্থূলতা ঘটে থাকে। শুক্রাশয় ছেদের পর ব্রণ হওয়ার কথা শোনা যায়না। কোন কোন বয়স্ক ব্যক্তির দেহে পুং-বৈশিষ্ট্য ও নারী-বৈশিষ্ট্যপূর্ণ পদার্থের পারস্পরিক হার অস্বাভাবিক হতে পারে, কিন্তু অধিকাংশের ক্ষেত্রেই পুং-বৈশিষ্ট্যপূর্ণ পদার্থের স্বাভাবিক হারের প্রতি কোষথলিগুলির বর্ধিত সংবেদনশীলতা স্বীকার করতেই হবে। কেশের ও ঘর্মমেদের কোষগুলি একটি ইউনিট হিসাবে কাজ করে এবং খুব বেশি ঘর্মমেদের উদ্ভব হলে কেশটি কোষথলির ছিদ্রকে উন্মুক্ত রাখার পক্ষে খুবই ক্ষুদ্রাকার হয়ে পড়ে। এর পর ঘর্মমেদ জমে যাওয়ার জন্যে এবং সে-ব্যাপারে টিস্যু-প্রতিক্রিয়ার কারণে দেখা দেয় নানা ধরনের ব্রণ। ব্রণের উদ্ভব এবং স্থায়িত্বের ব্যাপারে এমন অসংখ্য কারণ আছে যেগুলি ঘর্মমেদের ক্ষরণ উদ্দীপিত করতে পারে, কোষথলি থেকে সেই ক্ষরিত পদার্থের নির্গমন বিঘ্নিত হতে পারে অথবা আনুষঙ্গিক প্রদাহমূলক পরিবর্তন ঘটতে পারে। তার মধ্যে কয়েকটি কারণ হল ঃ (i) ক্লান্তি ও আবেগের চাপ, (ii) কিছু কিছু খাদ্য, বিশেষ করে চকোলেট, (iii) মুক্ত বায়ুতে ব্যায়ামের অভাব, (iv) আঙুল দিয়ে ব্রণ নিষ্পেশনের অভ্যাস অথবা করতলে মুখ রেখে দীর্ঘক্ষণ বসে থাকা, (v) "টনিক" এবং আয়োডাইড বা ব্রোমাইড মিশ্রিত ওষুধ অথবা কর্টিকোস্টেরয়েড সেবন।

বি শে ষ প্র কৃ তি র ব্র ণ ঃ (1) পেশাগত ব্রণের কারণ ঃ (a) খনিজ তেল, যা পুরোবাহুতে ও উরুদেশে পুঁজযুক্ত গুটি সৃষ্টি করতে পারে ; (b) আলকাতরা এবং পিচ-এর সংস্পর্শ, যার ফলে ঘটে

রঞ্জকায়ন ও আলোক-সংবেদ্যতা, সঙ্গে মুখে বাহুতে ও উরুদেশে ছোট ছোট ব্রণের মত পিড়কার উদ্ভব ; (c) ক্লোরিন ঘটিত ন্যাপ-থালিন ও তৎসম্পর্কিত পদার্থগুলি মুখে পিঠে এবং কখনো কখনো যৌনাঙ্গে ব্যাপকভাবে বড় বড় কমেডো সৃষ্টি করতে পারে। (2) বহিশ্চর্ম মোচনশীল ব্রণ হয় তরুণী মেয়েদের। এগুলির তলদেশে অবস্থিত ব্রণ নগণ্য হলেও বহিশ্চর্ম মোচনের ফলে সৌন্দর্যহানি ঘটাতে পারে। এর জন্যে ক্ষেত্রবিশেষে মানসিক চিকিৎসার প্রয়োজন। (3) গুটি-বসন্তের মত ব্রণ বিরল। করোটির সম্মুখভাগে কেশরেখার কিনারায় এবং ললাটের পাশে বেদনাহীন পিড়কাগুলি শুকিয়ে যাওয়ার পর অবনমিত ক্ষতাঙ্ক রেখে যায়।

চি কি ৎ সা : কোন তরুণ বা তরুণীকে একথা বলা উচিত নয় যে তার ব্রণ আপনা থেকেই সেরে যাবে। অনেকের হয়তো সেরে যাবে, আবার কারও কারও মুখে স্থায়ী ক্ষতাঙ্কগুলি লজ্জাপ্রবণ আত্মসচেতন বয়সে গুরুত্ব-পূর্ণ মানসিক প্রতিক্রিয়া ঘটাতে পারে। যতই মৃদু হোক, প্রতিটি ক্ষেত্রেই সহানুভূতিসম্পন্ন জোরাল চিকিৎসা চালানো উচিত। প্রথমেই নজর দিতে হবে উপরে বর্ণিত যে-সব কারণে ব্রণ হয় সেগুলির প্রতি। সুনিদ্রা, সুষম খাদ্য এবং মুক্ত বায়ুতে ব্যায়ামের ব্যবস্থা করা দরকার। ব্রণাক্রান্ত এলাকা প্রতিদিন সাবান দিয়ে গরম জলে ধুয়ে ফেলতে হবে। অনেকগুলি কমেডো থাকলে মুখটি বাষ্পসিক্ত করার পর কমেডো নিষ্কাশকের সাহায্যে সেগুলি বের করে দিতে হবে। স্থানীয় প্রলেপ লাগানোর উদ্দেশ্য ব্রণগুলির নির্মোচন। মৃদু ধরনের ব্রণে লোশিও ক্যালামিনার সঙ্গে শতকরা 2 ভাগ অধঃক্ষিপ্ত সালফারই যথেষ্ট। লোশিও সালফিউরিস অথবা লোশিও পটাশ সালফিউরেটার সঙ্গে জিঙ্ক মিশিয়ে তাও প্রয়োগ করা যায়। গড় রোগীর ক্ষেত্রে প্রতিদিন সকালে উপরিউক্ত যে-কোন একটি লোশন এবং রাতে শতকরা 6 ভাগ সালফার মিশানো জিঙ্ক মলম অথবা সালফার মিশানো রিসোরসিন মলম প্রয়োগ করা উচিত। এই প্রলেপগুলির শক্তিমাত্রা ক্রমান্বয়ে বাড়ানো যেতে পারে।

বিশেষ করে অনেকগুলি কমেডো থাকলে ভিটামিন-A (50·000 ইউনিট) প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়। ইস্ট্রোজেন প্রয়োগ যুক্তিসঙ্গত হলেও এটি উচ্চ মাত্রায় ব্যবহার করতে হয় বলে এবং তাতে অবাঞ্ছিত

প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি হওয়ার জন্যে অত্যন্ত গুরুতর ক্ষেত্রেও পুরুষদের এই পদার্থটি প্রয়োগ করা উচিত কিনা সে-বিষয়ে সন্দেহ আছে। দীর্ঘদিন ধরে অ্যান্টি-বায়োটিক প্রয়োগে পুঁজযুক্ত ও সিস্ট্‌বিশিষ্ট ব্রণ নিয়ন্ত্রিত হয়; সুতরাং রোগের উগ্র অবস্থায় এবং যেখানে ক্ষতাঙ্ক সৃষ্টির সম্ভাবনা রয়েছে সেখানে অ্যান্টিবায়োটিক ব্যবহার যুক্তিযুক্ত। পুঁজযুক্ত ব্রণে স্ট্যাফাইলোকক্কাস-এর টকসয়েড কিংবা ভ্যাকসিন প্রয়োগের সার্থকতা সন্দেহজনক; তা সত্ত্বেও এগুলি যদি দিতেই হয়, ত্বকের নিচে না দিয়ে ত্বকের মধ্যে দেওয়াই ভাল। উপরতলে প্রযুক্ত একস্‌-রশ্মির প্রয়োজন সাধারণত হয়না। কার্বন ডাই-অকসাইড-এর তুষার কিংবা ঘর্ষণ দ্বারা ব্রণ প্রসূত ক্ষতাঙ্ক কিছুটা মসৃণ করা যায়।

§ 636. II. **চুলকানি** (pruriqo) :

বারবার (Barbar) বলেছেন, অবস্থাটি এমন যাতে চুলকানি হল প্রথম ও প্রধান লক্ষণ, তবে প্রথম থেকেই অথবা আঁচড়ানোর ফলে ত্বকের কিছু পরিবর্তনও ঘটে থাকে। অতীতে চর্মরোগ সম্পর্কিত পাঠ্যপুস্তকে এই বিষয়ে বিস্তৃত আলোচনা করা হয়েছে বটে, কিন্তু বর্তমানে এই শ্রেণীভুক্ত অধিকাংশ ব্যাধিই অন্য অভিধার অন্তর্ভুক্ত। এখনো এই নামটি বিশেষ একটি অবস্থার বর্ণনা প্রসঙ্গে ব্যবহৃত হয়ে থাকে—যেমন পর্বাণুযুক্ত চুলকানি, হেব্রা (Hebra) বর্ণিত চুলকানি ইত্যাদি। বেসনিয়ার (Besnier) বর্ণিত চুলকানি শিশুদের একজিমার পরবর্তী স্তর (§ 671-2)। সাধারণ চুলকানি হয় আম্বাতে (§ 656)।

§ 637. III. **লিকেন প্লেনাস**-এর উৎপত্তির কারণ আজও অজ্ঞাত, তবে প্রায়ই স্নায়বিক কারণগুলি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা নিয়ে থাকে। রোগটি শৈশবে বিরল, দেখা যায় মধ্যবয়সে, পুরুষদের তুলনায় মেয়েদের মধ্যেই বেশি।

ল ক্ষ ণ : ত্বকে এক বিশেষ ধরনের বহুভুজ পিড়কার উদ্ভব হয় যার উপরতল অনুভূমিক, রং ফিকে লাল বা প্রায় বেগ্‌নির মত। প্রথম দিকে এটি উপদহনীয় (irritable) এবং তা উগ্র হওয়া সম্ভব। এই স্ফোটকের অনুকূল স্থান হচ্ছে মণিবন্ধ ও পুরোবাহুর ভাঁজ-হওয়া দিক, কোমরের চারি-

পাশ, উরু ও পায়ের নিম্নাংশের ভিতরের দিক। অন্য এলাকাতেও হতে পারে এবং শুধু এক জায়গায় সীমাবদ্ধ কিংবা ব্যাপকভাবে বিস্তৃত হওয়াও সম্ভব। আঁচড়ানো-চিহ্নের উপর নতুন নতুন পিড়কা দেখা দেওয়ার প্রবণতা থাকে। সূচনাটি যেখানে তীব্র এরকম উগ্র ক্ষেত্রে পিড়কাগুলি ফিকে গোলাপী এবং সামান্য শোথযুক্ত। পায়ের নিম্নাংশে এগুলি বর্ধিতকায়, বৃহদাকার এবং শৃঙ্গবহুল। শিশ্নাগ্রের এবং ললাটের পিড়কাগুলি হয়তো বলয়াকার। মুখবিবরের শ্লেষ্মাঝিল্লী এককভাবে কিংবা অন্যান্য এলাকার সঙ্গে একযোগে আক্রান্ত হতে পারে। দুধের মত সাদা অথবা জালিকাকারে খড়ির দাগের মত পিড়কা হওয়াও সম্ভব এবং সে-অবস্থায় লিউকোপ্লেকিয়া বলে ভুল হওয়ার সম্ভাবনা থাকে। করোটি-চর্মে ক্ষতচিহ্নের মত টাক পড়ে যায়।

রো গ নি র্ণ য়ঃ মেপাক্রিন, স্বর্ণ এবং বিসমাথের মত ওষুধ সেবনে কখনো কখনো যে স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে সেগুলি অনেকটা লিকেনের মত। সে-সম্পর্কে অবহিত থাকা উচিত।

পূ র্বা ভা সঃ রোগটির গতি-প্রকৃতি বিভিন্ন ধরনের—কোন কোন ক্ষেত্রে হয়তো এক-দুই মাসের মধ্যে সেরে গেল, আবার কোন কোনটি চলতে থাকে বেশ কয়েক মাস বা কয়েক বছর। পিড়কাগুলি পরের দিকে রঞ্জকান্বিত হয়ে যায়।

চি কি ৎ সাঃ তীব্র রোগে শয্যাশায়ী থাকা সুবিধাজনক এবং অল্প মাত্রায় কর্টিকোস্টেরয়েড প্রয়োগে দ্রুত নিরাময় হতে পারে। উপদহন কমানোর জন্যে প্রশান্তিকারক ওষুধ দেওয়া দরকার। বিসমাথ এবং পারদ প্রয়োগ বর্তমানে দুর্নাম অর্জন করেছে, কারণ তুলনামূলক পরীক্ষায় দেখা গিয়েছে যে ভারী খনিজ পদার্থ রোগের গতি-প্রকৃতি পরিবর্তন করতে পারেনা। বরং ক্যালামিন লোশন বা ঐ ধরনের চুলকানি-বিরোধী প্রলেপ লাগালে সুফল পাওয়া যায়। বৃহদাকার লিকেন প্লেনাসে স্যালিসিলিক অ্যাসিড মলম (শতকরা 5 ভাগ) কিংবা আলকাতরার প্রলেপ মাখানো অবরোধক ব্যাণ্ডেজ ব্যবহারে উপকার দেয়। সীমিত এলাকায় বর্ধিতকায় ফলকের মধ্যে ট্রায়ামসিনোলেন[1] ইনজেকসন করে সুফল পাওয়া গিয়েছে।

1. Triamcinolone

§ 638. IV. **সমতলীয় আঁচিলের** উৎপত্তি এক ধরনের ভাইরাস থেকে (§ 741) ; বিশেষ করে হয় শিশু এবং তরুণী মেয়েদের। এগুলির রং ত্বকের মত অথবা পাঁশুটে-হলুদ। সমতলীয় এই পিড়কাগুলির ব্যাস পিনের মাথা থেকে 5 মিলিমিটার পর্যন্ত বা তার চেয়েও একটু বড়। প্রায়ই সংখ্যায় প্রচুর। এগুলি বিশেষ করে উদ্ভব হয় হাতের পিছনে এবং মুখে। আঁচড়ানো চিহ্নের উপর নতুন নতুন আঁচিল উদ্ভবের প্রবণতা থাকে। চিকিৎসার জন্যে § 741 দ্রষ্টব্য।

§ 639. V. **সংক্রামক কম্বোজ রোগ** (molluseum) একটি ভাইরাস প্রসূত অ-সাধারণ ব্যাধি।

ল ক্ষ ণ : স্ফোটকটি কয়েক সপ্তাহের মধ্যেই শ্বেতবর্ণ গম্বুজাকৃতি চকচকে পিড়কা রূপে আবির্ভূত হয় ; প্রায়ই নাভিতুল্য যার তুলনা করা হয় মুক্তার বোতামের সঙ্গে। এরকম স্ফোটক একটি বা শতাধিক হতে পারে। প্রায়ই এগুলি দেহের কোন একটি বিশেষ এলাকায় এলোমেলোভাবে গোষ্ঠিবদ্ধ থাকে—যেমন মুখে, অক্ষিপল্লবে, দেহকাণ্ডে, উরুদেশে এবং যৌনাঙ্গে। এরা বেশ কয়েক মাস অপরিবর্তিত অবস্থায় থাকতে পারে অথবা কখনো কখনো কোন আঘাতের পর তীব্র প্রদাহে পীড়িত হয়ে পরে আপনা থেকেই সেরে যায়।

উ ৎ প ত্তি : সাঁতারের ক্লাবে কিংবা বাষ্পীয় স্নানাগারে অপরের ব্যবহৃত তোয়ালে ব্যবহারের ফলে সংক্রমণ ঘটতে পারে। তবে বহুক্ষেত্রেই সংক্রমণের উৎস জানা যায়না।

চি কি ৎ সা খুবই সহজ। ইথিল ক্লোরাইড ছিটিয়ে এলাকাটি স্থানীয়ভাবে অসাড় করার পর একটি তীক্ষ্ণ কুরানির (কিউরেটর) সাহায্যে ফোস্কাটি চেঁচে ফেলা যায় অথবা একটি তীক্ষ্ণাগ্র কাঠের অনুসন্ধানীদণ্ডের (probe) মুখে অবিমিশ্র ট্রাইক্লোর অ্যাসেটিক অ্যাসিড লাগিয়ে প্রতিটি পিড়কার কেন্দ্রস্থলে প্রয়োগ করা যায়।

§ 640. VI. **পাঁচড়া** এবং অন্যান্য মাকড় বা মাইট[1] সংক্রমণ হচ্ছে পোষক দেহে (host) অষ্টপদ পরাঙ্গজীবী প্রবেশ করার প্রতিক্রিয়া

1. Mite—সন্ধিপদ মাকড় ; এক ধরনের ক্ষুদ্র কীট

এবং তা থেকে ত্বকের ক্ষত সৃষ্টি। এই পরাঙ্গজীবীর দংশনে পোষক দেহে যে পদার্থ প্রবেশ করে তার প্রতি অথবা সরাসরি পরাঙ্গজীবীর প্রতি কিংবা তাদের বর্জ্যপদার্থের প্রতি অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া থেকে ক্ষত চরিত্রের পরিবর্তন ঘটতে পারে। আবার আঁচড়ানো এবং আনুষঙ্গিক সংক্রমণের জন্যে অনেক সময় আসল ক্ষতটি আংশিকভাবে ঢাকা পড়ে যায়।

পাঁচড়ার প্রাথমিক ক্ষতগুলি গর্ত, সজল ফুসকুড়ি এবং পিড়কার রূপ নিয়ে থাকে। গর্তগুলি $\frac{1}{4}$-$\frac{1}{2}$ ইঞ্চি দীর্ঘ এবং বঙ্কিম অথবা 's'. আকৃতি-বিশিষ্ট। এগুলি সাধারণত আঙ্গুলের ফাঁকে, হাতের আলনার সীমান্ত-রেখায়, কুক্ষির সামনের ভাঁজে, স্তনবৃন্তের চারিপাশে কিংবা পুরুষাঙ্গে এবং শিশুদের করতলে বা পদতলে আবির্ভূত হয়। সজল ফুসকুড়িগুলি উদ্গত হতে পারে গর্তগুলির ভিতরের প্রান্তে অথবা গর্ত ব্যতিরেকেই—বিশেষ করে আঙ্গুলগুলির পার্শ্বদেশে। পিড়কাগুলি আকারে ছোট ও অসংখ্য—বেশি দেখা যায় উরুদেশে, নিতম্বে ও উদর-গাত্রে। আ নু ষ ঙ্গি ক ক্ষ ত-গু লি র উৎপত্তি আঁচড়ানো-চিহ্ন, পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি এবং চর্মদল বা ইমপেটিগো থেকে। নিতম্বে বা অন্য কোন অস্বাভাবিক স্থানে চর্মদলের উদ্ভব হলে পাঁচড়া সন্দেহ করা উচিত। তাতে প্রচণ্ড উপদহন হতে পারে, বিশেষ করে হয় রাত্রে; তবে বুদ্ধি যাদের কম তাদের ক্ষেত্রে মৃদু হওয়া সম্ভব।

উ ৎ প ত্তি : পাঁচড়া সৃষ্টি হয় সারকপটেজ (অ্যাকারাস) স্কেবি (sarcoptus scabie) নামক এক ধরনের মাকড় বা মাইট দ্বারা। পরিণত নিষিক্ত স্ত্রী-কীটগুলি ত্বকের মধ্যে গর্ত খুঁড়ে তাদের ছোট ছোট খোলস বিস্তার করে অবস্থান করে; এই খোলসের মধ্যেই তারা পরিণত হয়েছিল, এই খোলসের মধ্যেই তারা ডিম পাড়ে। ব্যাধিটি পরিবাহিত হয় ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শ মারফৎ; বীজাণুবাহী সামগ্রী দ্বারা সংক্রমণ অস্বাভাবিক। বর্তমানে ব্রিটেনের অধিকাংশ এলাকায় পাঁচড়া বিরল হলেও প্রকোপের হার সম্ভবত বাড়ছে। দ্বিতীয় বিশ্বযুদ্ধের সময় রোগটি প্রচণ্ড বৃদ্ধি পেয়েছিল; কিন্তু যুদ্ধের পরিস্থিতিই একমাত্র হেতু হতে পারেনা, কারণ যুদ্ধ শুরু হওয়ার 3-4 বছর আগেই অনেক দেশে এই রোগের প্রকোপ ক্রমেই বৃদ্ধি পাচ্ছিল।

রো গ নি র্ণ য় করা হয় প্রধানত স্ফোটকগুলির ব্যাপ্তি-চরিত্র দেখে। তবে গর্তগুলি খুঁজে দেখা উচিত; ধৈর্য ধরে খুঁজলে ছুঁচের আগায় ছোট ছোট মাকড়গুলিকে গর্ত থেকে বের করে আনা যায়।

চি কি ৎ সা র দায়িত্ব নিতে হবে পরিবারকে। রোগীর ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে যাঁরা আসেন তাঁদেরও পরীক্ষা এবং চিকিৎসা না করালে বারবার পুনঃসংক্রমণ ঘটবে। অধুনা সালফার-মলমের পরিবর্তে ব্যবহার করা হচ্ছে শতকরা 25 ভাগ বেনজিল বেনজোয়েট সলিউসন, টেট্রাইথিলথিউরাম মনোসালফাইড[1] (টেটমোসল) এবং ক্রোটামিটন মলম[2] (ইউর‍্যাক্স)। যে-কোন ওষুধই ব্যবহার করা হোক না কেন, নিম্নোক্ত স্বাস্থ্যবিধি অবশ্যপালনীয়: রোগী প্রথমে গরম জলে স্নান করে মুখ ও গ্রীবাদেশ ছাড়া সর্বাঙ্গে ওষুধটি লাগাবেন এবং গত দিনের ও রাতের পোষাক পরবেন। 48 ঘণ্টা পরে আবার ঐ ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে এবং অন্তর্বাস ও বিছানার চাদর, বালিশের ওয়াড় ইত্যাদি বদলে ফেলতে হবে। পরিত্যক্ত পরিচ্ছদ চাদর ইত্যাদি স্বাভাবিকভাবে ধোলাই করাই যথেষ্ট। পনেরো দিনের মধ্যে এই চিকিৎসা আর পুনঃপ্রয়োগ করা উচিত নয়, চিকিৎসক পরীক্ষা না করা পর্যন্ত তো নয়ই।

অ ন্য প্র কৃ তি র পাঁ চ ড়া:

নরওয়ের পাঁচড়া: যে-সব জায়গায় সাধারণ পাঁচড়া হয়ে থাকে সেখানেই পুরু মামড়ি সহ স্ফোটকের উদ্ভব হয় এবং তার সঙ্গে নখগুলি পুরু হয়ে যেতে পারে। সাধারণত আক্রান্ত হন মানসিক রোগীরা, বিশেষত মঙ্গোলরা; তবে স্বাভাবিক বুদ্ধিসম্পন্ন অপুষ্ট ব্যক্তিরাও আক্রান্ত হতে পারেন। ব্যাধিটি পোষক দেহে (host) সারকপ্‌টেজ স্কেবির প্রতি অস্বাভাবিক প্রতিক্রিয়ার ফলশ্রুতি। চিকিৎসা একই রকম।

পশুদেহের পাঁচড়া মানব দেহেও সংক্রমিত হতে পারে। ঘোড়া উট এবং বিড়ালের দেহে পাঁচড়া হওয়ার খবর শোনা গিয়েছে। স্ফোটকগুলি পিড়কা কিংবা সজল ফুসকুড়ির রূপ নিয়ে থাকে, কিন্তু কখনো গর্ত হয়না।

§ 641. অ ন্যা ন্য প্র কৃ তি র মা ক ড় সং ক্র ম ণ বিরল হলেও অনেকগুলি দৃষ্টি এড়িয়ে যায়। একদিকে-স্ফীত উকুন কীট পেডিকিউলয়েড ভেনট্রিকোসা[3] দ্বারা যে প্রদাহমূলক চুলকানি হয় তাতে আক্রান্ত হন বিচালি

---

8. Tetraethylthiuram monosulphide (Tetmosol) 2. Crotamiton (Eurax) 3. Pediculoid—উকুনের মত; Ventricosum—একদিকে স্ফীত।

নিয়ে কর্মরত শ্রমিকরা অথবা জাহাজ থেকে শস্য খালাসকারী বন্দরকর্মীরা। নারকেলের শাঁস ও পনিরে অবস্থানকারী মাকড়, ইঁদুর-দেহের মাকড় এবং ছোট খাঁচায় পোষা পাখী ও পোলট্রির মুরগী দেহে বসবাসকারী মাকড় মানবদেহে সংক্রমিত হওয়ার ফলে কখনো কখনো পিড়কা, চক্রাকার স্থানীয় শোথ (হুইল) এবং সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়। স্ফোটকগুলি দেহের কোন্ অংশে কিভাবে পরিব্যাপ্ত হবে তা নির্ভর করে সংক্রমণ পদ্ধতির উপর। ত্বকে কোন গর্ত হয়না।

§ 642. VI. **দেহের উকুন ব্যাধি** বিশেষ করে বৃদ্ধ এবং দরিদ্রদের সর্বাঙ্গীণ চুলকানির কারণ। মূল স্ফোটকগুলি দেখা না গেলেও বহিশ্চর্ম মোচন, আনুষঙ্গিক সংক্রমণ এবং রঞ্জকায়ন লক্ষণীয় হয়ে ওঠে। পরিচ্ছদের ভাঁজে ভাঁজে এবং কখনো কখনো চুলে উকুনের ডিম দেখা যায়।

যৌনাঙ্গ-কেশের উকুন রোগ সৃষ্টি করে কাঁকড়ার উকুন থাইরিয়াস পিউবিস (phthirus pubis)। সংক্রমণ হয় যৌন সঙ্গম কালে।

লক্ষণ : যৌনাঙ্গের উপরিভাগে চুলকানি হতে থাকে, উদরের নিম্নাংশে নীলাভ দাগ দেখা দেয়। উগ্র সংক্রমণে শিরঃপীড়া ও অসুস্থতাবোধের মত সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও দেখা দিতে পারে।

চিকিৎসা : উভয় প্রকৃতির উকুন রোগ ডিডিটি প্রয়োগে দ্রুত নিরাময় হয়।

অন্যান্য কীট দংশনের মধ্যে ছারপোকা ও মাছির কামড় উল্লেখযোগ্য। মশা, পিঁপড়ে, শস্যের মাকড় বা অন্যান্য কীট দংশনেও প্রবিষ্ট পদার্থের প্রতি দংশিত ব্যক্তির সংবেদ্যতা অনুসারে আম্বাতের চাকা, পিড়কা কিংবা ফোস্কার উদ্ভব হতে পারে। রোগ নির্ণয় করা হয় দেহের উন্মুক্ত অংশে অথবা পরিচ্ছদের ভাঁজ বরাবর অসমভাবে ছড়ানো স্ফোটকগুচ্ছ মারফৎ— যদিও দংশনকারী কীটের অভ্যাস অনুসারে সেগুলি হয় বিভিন্ন ধরনের। চিকিৎসা : কীট বিতাড়ক হিসাবে ডাইমিথিল থ্যালেট[1] বেশ কার্যকর। পিড়কারূপী আম্বাতের সঙ্গে কীট দংশনের সম্পর্ক নিয়ে আলোচনা করা হয়েছে § 656 অনুঅধ্যায়ে।

1. Dimethyl phthalate

§ 643. VIII. **বহুরূপী রক্তিমা** : সাধারণত যে রূপটি দেখা যায় সেটি হল হাতের পিছন দিকে, পুরোবাহুতে, পায়ের পিছনে, মুখ গহ্বর ও অন্যান্য স্থানের শ্লেষ্মাঝিল্লীতে এবং মুখমণ্ডলে ও গ্রীবাদেশে সমভাবে পরিব্যাপ্ত গুচ্ছ গুচ্ছ ফিকে লাল বা নীলাভ-লাল শোথযুক্ত পিড়কা। করতলে এবং পদতলেও দেখা দিতে পারে। মৃদু অবস্থায় শুধু হাতদুখানি আক্রান্ত হয়, কিন্তু গুরুতর ক্ষেত্রে সর্বাঙ্গে ছড়িয়ে পড়া সম্ভব। স্ফোটক আবির্ভাবের আগে গলদাহ এবং অন্যান্য সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ দেখা দিতে পারে বটে, তবে প্রায়ই এসব কিছু হয়না। স্ফোটকগুলি দু-তিন সপ্তাহে বিলীন হয়ে গেলেও ঋতু বিশেষে পুনরাক্রমণ অসম্ভব নয়।

বি ভি ন্ন প্র কৃ তি : "কনীনিকা" প্রকৃতিতে স্ফোটকগুলি হয় ত্রিস্তর-বিশিষ্ট—কেন্দ্রস্থলে একটি ফোস্কা যা রক্তস্রাবী হওয়া সম্ভব, একটি নীলাভ এলাকা এবং রক্তবর্ণ প্রান্তদেশ। অন্যান্য প্রকৃতিগুলি নানা রকমের চক্রচিহ্ন, ফোস্কা ও পারপিউরার মিশ্রণ। গুরুতর ফোস্কারূপী প্রকৃতি (বহুরূপী ক্ষরণশীল রক্তিমা) আলোচিত হয়েছে § 682 অনুঅধ্যায়ে।

রো গ নি র্ণ য় করা হয় স্ফোটকগুলির বিস্তৃতি এবং চারিত্রিক বৈশিষ্ট্য মারফৎ। কোষ ও টিস্যুর গঠন চরিত্র পরীক্ষায় যে-সব পরিবর্তন লক্ষিত হয় তার দ্বারা অন্যান্য স্ফোটকের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় সম্ভব।

উ ৎ প ত্তি : বহুরূপী রক্তিমা এই অভিধাটি অতীতে বহুরূপী যে-কোন স্ফোটকের প্রতি নির্বিচারে আরোপ করা হত, কিন্তু বর্তমানে শুধু নিম্নোক্ত ক্ষেত্রগুলিতে সীমাবদ্ধ : (i) অজ্ঞাত কারণ প্রসূত ও বারবার উদ্‌গত নিরীহ স্ফোটক ; (ii) একই কায়িক চরিত্রবিশিষ্ট নানা রকম পরিচিত কারণ প্রসূত স্ফোটক—যেমন ফিনোবারবিটোনের মত ওষুধ সেবন, তন্ত্রীয় বীজাণু সংক্রমণ, বারবার উদ্‌গত কনীনিকা রূপের সহগামী হারপিস, মারক ব্যাধি এবং গভীর একস্-রে প্রয়োগ।

চি কি ৎ সা : সাধারণ স্বতোৎসারিত প্রকৃতিতে চিকিৎসার কোন প্রয়োজন হয়না। যেখানে লক্ষণ প্রকাশ পায় সে-সব ক্ষেত্রে কারণটি অনুসন্ধান ও দূর করতে হবে।

§ 644. VIII. **বলয়াকার গ্র্যানুলোমা** একটি বিরল ব্যাধি ; হয় শিশু এবং অল্পবয়সীদের।

লক্ষণ: স্ফোটকগুলি ত্বকবর্ণ দৃঢ় পিড়কা যা সর্বদা না হলেও প্রায়ই চক্রাকার রূপ নিয়ে থাকে। এগুলি দেখা দেয় হাতের পিছনে, পায়ের পাতায় অথবা বাহু ও পায়ের বহির্বিস্তারী তলে। মাসের পর মাস কিংবা বছরের পর বছর চলতে থাকে এই স্ফোটক, তবে শেষ পর্যন্ত আপনা থেকেই অদৃশ্য হয়ে যায়।

উৎপত্তি: কারণ অজ্ঞাত।

চিকিৎসা: কেউ কেউ দাবী করেন, দৈনিক 300 মিলিগ্রাম ভিটামিন-E (a-tochoferol) প্রয়োগে সুফল পেয়েছেন। কখনো কখনো আকস্মিক আঘাত পাওয়ার পর কিংবা বায়োপ্সী করার পর অথবা আঙুলে ইলাস্টোপ্লাস্ট্ জড়ানোর পর স্ফোটকগুলি স্বতই বিলীন হয়ে যায়। নিলম্বিত (suspension) কর্টিসোন অ্যাসিটেট অনুপ্রবিষ্ট করিয়েও (infiltration) সফলভাবে চিকিৎসা করা সম্ভব।

§ 645. IX. **সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ের পিড়কা:** বিশেষ ধরনের এই পিড়কাগুলির উদ্ভব হয় সাধারণত সংক্রমণের 6 মাস পরে, কখনো কখনো অপ্রতুল চিকিৎসান্তে পুনরাক্রমণের সময় অথবা অনেক পরে।

লক্ষণ: সর্বপ্রথম দেখা দেয় পিড়কাগুলি, কিংবা আগে দাগরূপী স্ফোটক তারপর পিড়কা। এগুলি শক্ত, তাম্রবর্ণ। বেশি দেখা দেয় মুখে, বাহুতে, করতলে, পদতলে, উদরদেশে এবং পায়ু ও যৌনাঙ্গের অন্তর্বর্তী এলাকায়; সর্বাঙ্গীণও হতে পারে। পিড়কাগুলি আকারে বিভিন্ন রকম; সাধারণত প্রথম দিকে অসংখ্য, ক্ষুদ্রাকার ও সমভাবে পরিব্যাপ্ত, পরের দিকে অল্প সংখ্যক, বৃহত্তর (মসুর ডালের মত) এবং প্রায়ই গোষ্ঠিবদ্ধ। এদের অসংখ্য ভিন্ন ভিন্ন আকৃতি বর্ণনা করার জন্যে বিশেষ বিশেষ সংজ্ঞা ব্যবহার করা হয়—যেমন গুচ্ছবদ্ধ, লিকেন-ছত্রাকের মত, কোষথলিকল্প (follicular) ইত্যাদি। সাধারণত চুলকানি হয়না। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও দেখা দিতে পারে: রোগী অসুস্থ বোধ করেন, দেখায়ও অসুস্থ। সর্বাঙ্গের লসিকা গ্রন্থিগুলি বড় হওয়া স্বাভাবিক। পায়ু ও যৌনাঙ্গ এলাকায় এবং কখনো কখনো দেহের অন্যান্য অংশেও ত্বক যেখানে ঘামে ও ঘর্ষণে নরম হয়ে থাকে সেখানে উদ্ভব হয় কণ্ডাইলোমেটা বা আঁচিলের মত গুটি। এগুলি হল সিক্ত পিড়কা—প্রচণ্ড সংক্রামক ক্ষরণ-সিক্ত। এদের কায়বৃদ্ধি ঘটতে পারে।

§ 646. X. **ত্বকের টিউবারকুলোসিস :** ফলপ্রসূ চিকিৎসা পদ্ধতি, জীবনযাত্রার মানোন্নয়ন এবং জনস্বাস্থ্য রক্ষা-ব্যবস্থার উন্নতির দ্বারা সংক্রমণের প্রসার কমে যাওয়ার জন্যে বর্তমানে ব্রিটেনে এই রোগের প্রকোপ কমে গিয়েছে। এর লক্ষণ ও নিদর্শনগত অভিব্যক্তি নির্ভর করে কোন্ পথে যক্ষ্মা-বীজাণুগুলি ত্বকে পৌঁছেছে এবং রোগীর অনাক্রম্যতা কোন স্তরে আছে তারই উপর।

ত্বকের টিউবারকুলোসিসের বিভিন্ন প্রকৃতিগুলিকে নিম্নোক্ত দুটি গুরুত্বপূর্ণ ভাগে ভাগ করা যায় :

A. ক্রমবর্ধমান ত্বকের টিউবারকুলোসিস	B. পিড়কাকৃতি যক্ষ্মার গুটি
1. প্রাথমিক সমাহার (§ 738)	1. শক্ত রক্তিমা
2. সাধারণ লুপাস (ভালগারিস) (§ 709)	2. ক্ষয়িষ্ণু পিড়কারূপী যক্ষ্মা গুটিকা
3. যক্ষ্মাক্রান্ত আঁচিল (T. verrucosa) (§ 744)	3. লিকেন-এর মত গুটিদার পিড়কাগুচ্ছ (Lichen scrofulosorum)
4. যক্ষ্মার অগ্রসর অবস্থায় ক্ষত সৃষ্টি।	

য ক্ষ্মা র গুটিকা (tuberculide) হচ্ছে যক্ষ্মা সংক্রমণের প্রতি যারা কিছুটা অ্যালার্জি ও অনাক্রম্যতা অর্জন করেছে তাদের দেহে যক্ষ্মাবীজাণুগুলি রক্তস্রোত মারফৎ ছড়িয়ে পড়ার ফলশ্রুতি। পি ড় কা রূ পী প চ ন শী ল যক্ষ্মার গুটি (papulonecrotic tuberculide) হয় শিশু ও অল্পবয়সীদের। হাতের ও পায়ের পিছনে, জানু ও কনুইতে এবং কখনো কখনো অন্যান্য স্থানেও ঝাঁকে ঝাঁকে ধোঁয়াটে-লাল দৃঢ় পিড়কার আবির্ভাব ঘটে। পিড়কাগুলি ভেঙ্গে গিয়ে ছোট ছোট অতি সামান্য বেদনাদায়ক ক্ষত সৃষ্টি হয় এবং কয়েক সপ্তাহ পরে অবতল ক্ষতাঙ্ক রেখে সেগুলি শুকিয়ে যায়। কয়েক মাস অন্তর এই রকম ঝাঁক দেখা দিতে পারে। এ ক না ই টি স (acne agminata) হচ্ছে এক ধরনের ক্ষয়িষ্ণু পিড়কারূপী যক্ষ্মা-গুটিকা যা কপোলে, উপরের ঠোঁটে ও চিবুকে বাদামী-লাল পিড়কাগুচ্ছ রূপে আবির্ভূত হয় এবং নিরাময়ের পর ক্ষতচিহ্ন রেখে যায়। লি কে নে র ম ত গু টি দা র পিড়কা (L. scrofulosorum) বর্তমানে বিরল ; চক্রাকার বা

ডিম্বাকার ত্বকবর্ণ পিড়কাগুচ্ছ হিসাবে এগুলি দেখা দেয় শিশুদের পিঠে ; সাধারণত স্থায়ী হয় মাসাধিক কাল।

টিস্যু-গঠনচরিত্রের সম্যক প্রমাণের অভাবে অতীতে অনেক স্ফোটককে যক্ষ্মা-গুটিকা হিসাবে গণ্য করা হত। এর মধ্যে যেগুলি যক্ষ্মা প্রসূত নয় বলে জানা গিয়েছে সেগুলি নিচে উল্লেখ করা হল : (i) ভুট্টার দানার মত লুপাস (Lupus miliaris facei) দেখা যায় প্রাপ্তবয়স্কদের অক্ষিপল্লবের চারিপাশে, কপোলে এবং মুখের কোণায়—ছোট ছোট ছাড়াছাড়া বাদামী-লাল পিড়কা। (ii) তথাকথিত গোলাপী যক্ষ্মা-গুটিকা—পীতাভ-বাদামী রঙের পিড়কার ঝাঁক সাধারণত দেখা যায় মহিলাদের ললাটে, কপোলে এবং চিবুকের পাশে। এই উভয় প্রকৃতিরই উৎপত্তির কারণ অজানা ; তবে এগুলি নিরীহ।

§ 647. XI. **কেশনিম্ন ত্বকস্থূলতা** (keratosis pilaris) প্রধানত দেখা দেয় শিশু ও তরুণ-তরুণীদের হাত-পায়ের বহির্বিস্তারী দিকে, ত্বকবর্ণ শৃঙ্গবহুল গুটিসদৃশ পিড়কা হিসাবে। সঙ্গে ত্বকের শৃঙ্গস্তরের রুক্ষতা ও ও শল্ক (ichthyosis) উপস্থিত থাকে। A এবং C ভিটামিনের ঘাটতি থাকলে এই রোগটি হতে পারে। চিকিৎসা : শতকরা 5 ভাগ স্যালিসিলিক অ্যাসিডের মলম লাগালে এ-রোগ নিরাময় হয়। ভিটামিনের ঘাটতি থাকলে তা পূরণ করা দরকার।

§ 648. XII. **কোষথলি সদৃশ ত্বকস্থূলতা** (keratosis follicularis) কমই দেখা যায়। স্ফোটকগুলি ত্বকবর্ণ অথবা বাদামী, দৃঢ়বদ্ধ, গোলাকার, গুটিসদৃশ পিড়কা, যাদের উপরতল কিছুটা তৈলাক্ত ধরনের। এগুলি জোটবদ্ধ হতে পারে এবং যেখানে ত্বকের দুই পাট মিলিত হয়েছে সেখানে এরা আর্দ্র, মামড়িযুক্ত এবং অক্রিয় হয়ে থাকতে পারে। এদের বিস্তৃতি বিভিন্ন ধরনের, তবে সাধারণত সমভাবে বিন্যস্ত। এগুলি দেখা যায় মুখে, গ্রীবায়, বুকে ও পিঠে এবং পরবর্তী কালে হাতে-পায়ে ও কুঁচকিতে। নখগুলি পুরু হয়ে যায়। উ ৎ প ত্তি র কারণ অজ্ঞাত, তবে কিছু ক্ষেত্রে পারিবারিক প্রবণতার খবর পাওয়া গিয়েছে। রো গ নি র্ণ য় : এদের টিস্যু-গঠনচরিত্র যেহেতু বৈশিষ্ট্যপূর্ণ, সুতরাং বায়োপ্সী মারফৎ রোগ নির্ণয় করা হয়। চি কি ৎ সা : উচ্চ মাত্রায় ভিটামিন-A প্রয়োগে কোন

কোন ক্ষেত্রে সুফল পাওয়া গিয়েছে। স্থানীয়ভাবে শৃঙ্গস্তরধ্বংসী মলম প্রয়োগ এবং সীমিত এলাকা আক্রান্ত হলে একস্-রশ্মি-চিকিৎসা বিধেয়।

§ 649. XIII. **ঘর্মমেদ গ্রন্থির অ্যাডিনোমা** হচ্ছে টিউবারাস স্ক্লেরোসিস বা এপিলোপিয়া (tuberous sclerosis or epilopia) নামে পরিচিত ত্বকের জন্মগত স্নায়বিক উপব্যাধির এক ধরনের অভিব্যক্তি (§§ 1049, 1194 C)। শৈশবে অথবা বয়ঃসন্ধি কালে কিংবা তারও পরে নাকে এবং কপোলে "প্রজাপতির" মত পাখনা ছড়ানো ছোট ছোট অর্ধ-গোলাকার কৈশিক জালিকার স্ফীতি সহ পিড়কার আবির্ভাব ঘটে। এই উপব্যাধির অন্যান্য নিদর্শন খুঁজে দেখা উচিত। বৈদ্যুতিক সন্তাপন দ্বারা ত্বকের প্রসাধনী চিকিৎসা করা যেতে পারে।

§ 650. XIV. **ফক্স্-ফরডাইস** (Fox Fordyce) **বর্ণিত ব্যাধি** বিরল। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই আক্রান্ত হন মহিলারা। কুক্ষিদেশে, যৌনাঙ্গের ঊর্ধ্বে (pubis) এবং স্তনবৃন্তের চতুর্দিকে প্রচণ্ড উপদহনকারী অসংখ্য ছোট ছোট ত্বকবর্ণ কিংবা ফিকে-লাল পিড়কা উদ্গত হয়। চিকিৎসা বেশ দুরূহ, তবে এক্স্-রশ্মি চিকিৎসা কিংবা থোরিয়াম-X প্রয়োগে উপকার হতে পারে।

§ 651. XV. যে-সব স্ফোটক পিড়কার রূপ নিয়ে থাকে কিংবা অগ্রগতির পথে পিড়কা-স্তর পার হয়:

মৃদু অথবা প্রাথমিক একজিমাক্রান্ত স্ফোটকগুলি পিড়কা রূপ নিতে পারে বটে, কিন্তু আদর্শ পিড়কা-ফোস্কা গোষ্ঠির উদ্ভব হলে দ্রুত রোগ নির্ণয় সম্ভব। কিছু ওষুধজাত স্ফোটক পিড়কার রূপ নিয়ে থাকে (§ 624)। বিন্দুরূপী সোরিয়াসিসে ব্যাপক পিড়কারূপী স্ফোটক দেখা দিতে পারে। শল্কযুক্ত শক্ত লাল পিড়কা পিটিরিয়াসিস রুব্রা পিলারিস-এর (§ 668) বৈশিষ্ট্য হল আঙুলের পিছনে শৃঙ্গবহুল পিড়কার আবির্ভাব।

C. চক্রাকার শোথযুক্ত স্ফোটকের (wheal) বিভিন্ন রূপ:

I. বিলীয়মান স্বতঃস্ফূর্ত চক্রাকার স্ফোটক

আম্বাত: রক্তনালী ও স্নায়ুর শোথ	§ 652
কোলিন নিঃস্রাবী আম্বাত	§ 653

II. ঘর্ষণ প্ররোচিত চক্রাকার স্ফোটক

স্বাভাবিক ত্বকের উপর—ভৌত অ্যালার্জি

ঘটিত আম্বাত (dermographism) § 654

রঞ্জকায়িত দাগ বা পর্বাণুর উপর

রঞ্জকায়িত আম্বাত § 764

III. চক্রাকার স্ফোটক অনুসারী পিড়কা

কীট দংশন (§ 655)

পিড়কারূপী আম্বাত (§ 656)

IV. চক্রাকার স্ফোটক এবং বেদনাহীন বৃহৎ স্ফীতি

নলাকৃতি ক্রিমি লোয়া-সংক্রমণ (§ 657)

§ 652. 1. আম্বাত ঃ

স্থানীয়ভাবে কিংবা ব্যাপকভাবে চক্রাকার স্থানীয় শোথের (wheal) আবির্ভাব ঘটে এবং তার সঙ্গে কিংবা আগেই শুরু হয় প্রচণ্ড চুলকানি। এককভাবে কোন কোন স্ফোটক দ্রুত বিলীয়মান—আবির্ভাবের কয়েক মিনিট পরে হালকা হয়ে আসে, কয়েক ঘণ্টা পরে অদৃশ্য হয়ে যায়। ফলে অনেক ক্ষেত্রে পরীক্ষার সময় কোন স্ফোটক দেখা যায়না, রোগ নির্ণয় করতে হয় ইতিহাস থেকে। এই চক্রাকার শোথগুলির ব্যাস প্রায় এক সেন্টিমিটার-দৃঢ় ফিকে-লাল বা শ্বেতবর্ণ পিড়কা, চারপাশ রক্তিমাভায় ঘেরা। তবে এদের আকার ও আকৃতি পরিবর্তনশীল—বলয়াকার ও কুণ্ডলীকৃত গঠন অসাধারণ নয়।

10 বছর বয়সের আগে কিংবা 60 বছরের পর আম্বাত কমই দেখা যায় ; পুরুষদের তুলনায় মহিলারাই বেশি আক্রান্ত হন। এর তীব্র কিংবা দীর্ঘস্থায়ী দুরকম প্রকৃতি। তীব্র আক্রমণের আগে মৃদু আন্ত্রিক গোলযোগ কিংবা অন্যান্য সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ প্রকাশ পেতে পারে, কয়েক ঘণ্টা বা কয়েক দিন যাবৎ জ্বর হতে পারে। দীর্ঘস্থায়ী প্রকৃতিতে সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ বিরল। আম্বাত দেখা দিতে পারে কিছু কাল অন্তর, কখনো প্রতিদিন একই সময়, চলে কয়েক মাস বা কয়েক বছর।

অ তি কা য় আম্বাত (রক্তনালী ও স্নায়ুর শোথ) ঃ চক্রাকার স্থানীয় শোথগুলি বৃহদাকার ; ত্বকনিম্ন টিস্যু আক্রান্ত হওয়ার ফলে দৃঢ়, চারিদিক

ঘেরা স্ফীতি। বৈশিষ্ট্য হিসাবে ওষ্ঠ, অক্ষিপল্লব এবং যৌনাঙ্গ স্ফীত হয়ে ওঠে; অতিকায় চাকাগুলি হাতে-পায়ে, পিঠে কিংবা জিবে ও শ্বাসরন্ধ্রে আবির্ভূত হয়ে মারাত্মক রূপ নিতে পারে। তুলনায় বেশি আক্রান্ত হন পুরুষরা; পারিবারিক প্রবণতাও থাকে। সাধারণ আম্বাতের শতকরা 10 ভাগ হল অতিকায় আম্বাত।

চক্রাকার স্থানীয় শোথের (wheal) বিকারতত্ব: ত্বকের মধ্যে হিস্টামিন প্রয়োগের পর লিউইস (Lewis) বর্ণিত যে ত্রয়ী প্রতিক্রিয়ার উদ্ভব হয়ে থাকে, আম্বাতের স্ফোটকোদ্ভব হয় একই-ভাবে। হিস্টামিন এবং অনুরূপ পদার্থগুলি সরাসরি ত্বকের ছোট ছোট রক্তনালিকার উপর কাজ করে এবং সঙ্গে সঙ্গে সৃষ্টি করে বহিঃস্নায়ু (axon) প্রতিবর্ত ক্রিয়া। যেহেতু অ্যান্টিজেন ও তার প্রতিবস্তুর পারস্পরিক বিক্রিয়া থেকে হিস্টামিন ক্ষরণের সঙ্গে চক্রাকার স্থানীয় শোথের উদ্ভব হতে পারে, সুতরাং সব ক্ষেত্রেই কারণটি অ্যালার্জি ঘটিত একথা মনে করার কারণ নেই। সম্ভবত এর পিছনে আছে আরও নানা রকম প্রক্রিয়া।

উৎপত্তি: বহু ক্ষেত্রে তীব্র আম্বাতের উৎসটি চিহ্নিত করা সম্ভব হলেও দীর্ঘস্থায়ী এবং বার বার পুনর্ঘটিত আম্বাতের কারণ আজও অজ্ঞাত। সাধারণভাবে বলতে গেলে ত্বক-প্রতিক্রিয়া-পরীক্ষার কোন মূল্য নেই; তাই বিশেষ বিশেষ খাদ্যবস্তু পরিহার করা এবং সন্দেহজনক পরিবেশে উন্মুক্ত না হওয়ার প্রয়োজন আছে। আম্বাতের সাধারন কারণ হল: (i) বিশেষ বিশেষ খাদ্যবস্তুর প্রতি অ্যালার্জি—যেমন খোলাযুক্ত মাছ এবং নানা রকম সন্ধিপদ। সঙ্গে আন্ত্রিক গোলযোগের লক্ষণও উপস্থিত থাকে। (ii) কোন কোন ওষুধের প্রতি অ্যালার্জি (§ 624): বিশেষ করে পেনিসিলিন সাধারণ আম্বাত অথবা সিরাম ঘটিত বিরূপ প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি করতে পারে, যার ফলে আম্বাতের সঙ্গে জ্বর, সন্ধিতে ব্যথা ও স্ফীতির উদ্ভব হয়ে থাকে। (iii) শ্বাস গ্রহণ সংক্রান্ত অ্যালার্জি আম্বাতের সাধারণ কারণ না হলেও তৃণ-জ্বরের সঙ্গে কখনো কখনো আম্বাত হতে দেখা যায়। (iv) পরাঙ্গজীবী, আন্ত্রিক ক্রিমি, হাইডাটিড ব্যাধি, অ্যামিবিয়াসিস। (v) অতীতে বীজাণু সংক্রমণকে অন্যতম কারণ হিসাবে গণ্য করা হত এবং সেই সূত্রে সংক্রমণের উৎসকেন্দ্রটি উৎখাত করার চেষ্টা হত। কিন্তু এ-ব্যাপারে প্রামাণিক তথ্য

বিরল। মৃদু ধরনের অতিসংবেদ্যতা জনিত পারপিউরা (§ 767) হাত-পা এবং নিতম্বের বহির্বিস্তারী তলে নিছক আম্বাত হিসাবে প্রকাশ পেতে পারে; কিন্তু পারপিউরার উপাদানটি বিকশিত না হওয়া সম্ভব। (vi) ভৌত কারণ: আলো, শৈত্য, তাপ অথবা শ্রান্তি আম্বাতের প্ররোচনা যোগাতে পারে। সেই সম্ভাবনাটি চিহ্নিত করা গেলে তা থেকে রোগ নির্ণয় করা যায়। শৈত্য জনিত আম্বাত বিশেষ করে গুরুত্বপূর্ণ এই কারণে যে হঠাৎ শীতল জলে ডুব দিলে হিস্টামিন জনিত শকের প্রচণ্ড অভিঘাতে মানুষটি নির্জীব হয়ে এলিয়ে পড়তে পারেন এবং ফলে জলমগ্ন হয়ে মৃত্যু হওয়ার বাস্তব সম্ভাবনা থাকে। (vii) মানসিক কারণগুলি সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ। শ্রান্তি ও অতিশ্রম আম্বাতের অনুকূল এবং নৈরাশ্য ও ক্ষোভ সরাসরি প্ররোচকের কাজ করে। বহুক্ষেত্রেই কারণ একাধিক। অন্তঃক্ষরী ক্রিয়াকলাপ এবং বিপাক ক্রিয়ার বিশৃঙ্খলা সহায়কের ভূমিকা নেয়। রক্তনালী ও স্নায়ু ঘটিত শোথে একই ধরনের কারণগুলি সম্পর্কে অনুসন্ধান করা প্রয়োজন, তাতে পূর্বোক্ত দুই গোষ্ঠিকেই চিহ্নিত করা সম্ভব। তীব্র আম্বাত সৃষ্টি হয় ওষুধ এবং খাদ্য জাত অ্যালার্জি থেকে, আর দীর্ঘস্থায়ী আম্বাতের কারণ আবেগ, কখনোবা অজ্ঞাত।

চি কি ৎ সা: সুনির্দিষ্ট অ্যালার্জি ঘটিত অতি-সংবেদ্যতা যদি নিঃসন্দেহে চিহ্নিত করা যায় সেক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট খাদ্যবস্তু বা ওষুধটি পরিহার করতে হবে। তা যদি সম্ভব না হয় তখন সংবেদ্যতা মুক্ত করণের (desensitisation) কথা চিন্তা করতে হবে—যদিও সে-চিকিৎসায় ঝুঁকি থাকে এবং তার ফলও অনিশ্চিত। আবেগ প্রসূত আম্বাতে রোগিণী যদি তাঁর চিকিৎসকের সঙ্গে সমস্যাটি নিয়ে আলোচনা করেন তাতে যথেষ্ট উপকার হয়। মনস্তত্ত্ববিদের পরামর্শও দরকার হতে পারে। স্থানীয় প্রলেপে বিশেষ সুফল না পাওয়া গেলেও লোশিও ক্যালামিনার সঙ্গে শতকরা একভাগ ফিনল মিশিয়ে প্রয়োগ করলে কিছুটা আরাম পাওয়া যায়। রক্তনালী ও স্নায়ু ঘটিত শোথের তীব্র আক্রমণে 1-10 মিনিম অ্যাড্রিন্যালিন হাইড্রোক্লোর ত্বকের নিচে ইনজেকসন করলে সুফল পাওয়া সম্ভব। 15-30 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে দুবার এফি-ড্রিন প্রয়োগেও কাজ হতে পারে। এই ওষুধগুলি দীর্ঘকাল ব্যবহারযোগ্য হলেও তাদের মাত্রা নির্ধারণ করা উচিত সতর্কভাবে। চক্রাকার স্থানীয় শোথ-বিরোধী প্রভাব এক একজনের ক্ষেত্রে এক এক রকম এবং তাদের

আনুষঙ্গিক প্রতিক্রিয়ার চরিত্র ও উগ্রতা আরও বিচিত্র। প্রোমেজাথিন হাইড্রোক্লোর (ফেনারগন)[1] 25 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে দুবার কি তিনবার এবং ক্লোরসাইক্লিজাইন হাইড্রোক্লোরাইড (হিস্টানটিন)[2] 75 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে তিনবার বেশ শক্তিশালী চক্রাকার শোথ-বিরোধী হিসাবে কাজ করে। এই দুটি ওষুধ ডাইফেনহাইড্রামিন হাইড্রোক্লোরাইড এর (বেনাড্রিল)[3] তুলনায় নিদ্রালুতা সৃষ্টি করে কম। এছাড়া আরও অনেক হিস্টামিন-বিরোধী ওষুধ আছে। দিনের বেলা ফেনারগন বা হিস্টানটিন এবং রাতে বেনাড্রিল প্রয়োগে আরও ভাল ফল পাওয়া যেতে পারে।

কোন কোন ক্ষেত্রে কিছুদিন বিশ্রামে থাকলে এবং সুনিদ্রার জন্যে নিদ্রাকারক কোন ওষুধ দিলে অধিকতর সুফল পাওয়া সম্ভব। আম্বাতের প্ররোচক বা অনুকূল অবস্থার প্রতিবিধান করা দরকার। অজ্ঞাত কারণ প্রসূত প্রতিরোধক কোন কোন ক্ষেত্রে রোগীর শিরা থেকে রক্ত টেনে নিয়ে সেই রক্ত অথবা অশোধিত লিভার নির্যাস ইনজেকসন দিয়ে উপকার পাওয়া গিয়েছে—যদিও ফলটি নিছক অভিজ্ঞতালব্ধ।

অতিকায় প্রকৃতি সহ আম্বাতের লক্ষণ হল স্বতঃস্ফূর্তভাবে চক্রাকার শোথের উদ্ভব। ভৌত অ্যালার্জিতে ত্বকের উপর জোরে চাপ দিলে বা দাগ কাটলে স্থানীয় শোথের আবির্ভাব ঘটে। আবার কোন কোন ক্ষেত্রে পিড়কারূপী আম্বাত, রঞ্জকায়িত আম্বাত ইত্যাদি বিভিন্ন প্রকৃতির স্ফোট-কোদ্গমের অন্যতম স্তর হল আম্বাতের চক্রাকার শোথ। এদের মধ্যে পার্থক্য নির্ণয় করা দরকার।

কোলিন নিঃস্রাবী আম্বাতে স্ফোটকোদ্গম হয় প্রচুর। সেগুলি একই ধরনের ছোট ছোট গোলাকার শোথ যাদের চারপাশে থাকে অসম রক্তিমাভা। প্রধানত হয় শিশু ও তরুণদের। গরম, শ্রান্তি, উত্তেজনা কিংবা কোলিনস্রাবী ওষুধ ইনজেকসন প্ররোচক হিসাবে কাজ করে। হিস্টামিন ঘটিত আম্বাতে যে-পরিমাণ হিস্টামিন-বিরোধী ওষুধ প্রয়োজন, এক্ষেত্রে তার চেয়ে বেশি মাত্রায় প্রয়োগ করলে স্ফোটকগুলি নিবারণ করা সম্ভব।

§ 654. 11. **কৃত্রিম আম্বাত** (Dermographism): লিউইস

1. Promezathine 2. Chlorcyclizine 3. Diphenhydramine

(Lewis) শতকরা 5 জন সুস্থদেহীর ক্ষেত্রে কৃত্রিম আম্বাতের সন্ধান পেয়েছিলেন। ত্বকের উপর কোন স্থূলাগ্র দণ্ড দিয়ে জোরে চাপ দিলে চক্রাকার স্থানীয় শোথের উদ্ভব হয়ে থাকে। যে-সব রোগী আম্বাতে ভোগেন তাঁদের কিন্তু এই ধরনের চক্রাকার শোথ হয় কম। এর কারণ অজ্ঞাত, কিন্তু এগুলি যে অ্যালার্জি প্রসূত এমন কোন প্রমাণ নেই। কৃত্রিম আম্বাত ধরা পড়ে আকস্মিকভাবে; কখনো কখনো তার নিদানিক তাৎপর্য থাকে। রোগী সর্বাঙ্গীণ উপদহনের অভিযোগ করেন এবং ত্বকের কোন জায়গায় ঘর্ষণ লাগলে কিংবা আঁচড় কাটলে চক্রাকার শোথের উদ্ভব লক্ষ্য করতে পারেন। অবস্থাটিকে চুলকানি সহ কৃত্রিম আম্বাত নামে অভিহিত করা হয় এবং এর উৎপত্তি সম্ভবত মনোজাত।

§ 655. III. **কীট দংশন, বিছুটির কাঁটা, সামুদ্রিক মাছের হুল** ইত্যাদি বহির্বস্তু ত্বকের মধ্যে প্রবেশ করিয়ে চক্রাকার স্থানীয় শোথ সৃষ্টি করা সম্ভব। বেশ কিছু কীট দংশনের ফলে অনুপ্রবিষ্ট পদার্থের প্রতি অর্জিত সংবেদ্যতা টিস্যু-প্রতিক্রিয়াকে পরিবর্তিত এবং সম্প্রসারিত করে।

§ 656. **পিড়কারূপী আম্বাত** বেশি হয় 1-3 বছরের শিশুদের; আরও ছোট শিশু এবং প্রাপ্তবয়স্কদেরও হতে পারে। মূল স্ফোটকটি বিলীয়মান কোন চক্রাকার শোথের পরিবর্তে একটি ছোট্ট দৃঢ় পিড়কা যা সপ্তাহখানেক স্থায়ী হতে পারে; এর পর সেখানে দেখা দেয় রঞ্জকান্বিত একটি দাগ। পিড়কার উপর একটি ছোট্ট সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হওয়াও সম্ভব; পায়ে সেগুলি নেয় ফোস্কার রূপ। কয়েক সপ্তাহ বা কয়েক মাস অন্তর উপরিউক্ত বৈশিষ্ট্য সহ নতুন নতুন ঝাঁকবদ্ধ পিড়কার আবির্ভাব ঘটে। এই ধরনের অসংখ্য পিড়কারূপী আম্বাত দেখা দেয় পায়ে, উরুতে এবং নিতম্বে; অন্য যে-কোন জায়গায়, এমনকি করতলে এবং পদতলেও হতে পারে। শোনা গিয়েছে, মুখে এবং গ্রীবাদেশেও হয় অসংখ্য। অবস্থাটি বেশি দেখা যায় গরম আবহাওয়ায়; শীতকালে পরিষ্কার হয়ে গিয়ে আবার দেখা দেয় পরবর্তী গ্রীষ্মে। শিশুটি হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে আম্বাত কিন্তু অবধারিতভাবে কমে যায়—পথ্যের কোন তারতম্য না হওয়া সত্ত্বেও।

উ ৎ প ত্তি: আগে বিশেষ কোন জাতের পোকায় যাদের কামড়ায়নি এরকম নবজাতক কিংবা অন্যান্য ব্যক্তিদের পোকায় কামড়ালে অনুভব করার মত প্রতিক্রিয়া নাও ঘটতে পারে। বারবার কামড়ানোর পর অ্যালার্জি

ঘটিত সংবেদ্যতা অর্জিত হয়ে থাকে এবং সংবেদ্যতার মাত্রা অনুপাতে স্থানীয় চক্রাকার শোথ, তারপর পিড়কা অথবা ফোস্কার উদ্ভব হয়। এরপর আবার কামড়ালে সংবেদ্যতা-মুক্তি সম্ভব (desensitisation)। কোন খাদ্যের প্রতি অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া দ্বারা পরীক্ষামূলকভাবে দ্বিস্তরীয় চক্রাকার শোথ ও পিড়কা কখনো সৃষ্টি করা যায়নি। সম্ভবত এদের উৎপত্তি সব সময় পরাঙ্গজীবী প্রসূত। অপরাধী কীটগুলি পরিবেশ অনুসারে ভিন্ন ভিন্ন প্রজাতিভুক্ত। সবচেয়ে বেশি দায়ী বিড়াল ও কুকুরের গায়ে বসা মাছিগুলি, কখনো কখনো ডাঁশ, মশা, শস্যের মাকড় এবং ছারপোকা।

রো গ নি র্ণ য়: পিড়কারূপী আঘাতের সঙ্গে প্রকৃত আঘাতের পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে যা নবজাতকদের কখনো হয়না। পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে কোলিনস্রাবী আঘাতের সঙ্গেও যা মাঝে মাঝে একটু বড় শিশুদের হয়ে থাকে। উভয় ক্ষেত্রেই অবিচল পিড়কার পরিবর্তে প্রধানত পিঠে বিলীয়মান চক্রাকার শোথের আবির্ভাব ঘটে।

§ 657. IV. **লোইয়াসিস**-এর (সমনাম: ক্যালাবারের স্ফীতি) উৎপত্তি ফাইলেরিয়ার ক্রিমি লোয়া-লোয়া থেকে (§ 542)। গিনি উপসাগর থেকে গ্রেট লেক পর্যন্ত বিস্তৃত আফ্রিকার গ্রীষ্মমণ্ডলীয় বর্ষণমুখর জঙ্গল এলাকায় এই ক্রিমির বসবাস।

ল ক্ষ ণ গু লি র কারণ ত্বকনিম্ন টিস্যুতে অবস্থিত পরিণতদেহী ক্রিমি প্রসূত স্থানীয় অতিসংবেদ্যতা। পরিণতি কিন্তু বিপজ্জনক নয়। প্রতিক্রিয়া হিসাবে দেখা দেয় (i) চুলকানি সহ দৃঢ় ধরনের আঘাত, কখনো কখনো বেদনাদায়ক। সাধারণত এগুলি স্থায়ী হয় একদিন বা দু দিন, সময় সময় সপ্তাহব্যাপী। (ii) অন্য স্ফীতিগুলি শ্বেতবর্ণ এবং বেদনাহীন। উভয় প্রকার স্ফীতিই আকারে মুরগীর ডিমের মত। এগুলি দেহের যে কোন এলাকায় উদ্‌গত হলেও বেশি দেখা যায় অস্থিসন্ধির কাছে অথবা অক্ষি-কোটরে। (iii) ক্রিমিটি নেত্রবর্ত্মের উপর দিয়ে প্রচরণ করার সময় স্থানীয় প্রদাহ সৃষ্টি হয় এবং রোগী দেখতে পান সেটি দৃষ্টিপথ অতিক্রম করছে।

রো গ নি র্ণ য় করা হয় ইতিহাস মারফৎ। রক্তে ইয়োসিনোফিল লক্ষণীয়ভাবে বৃদ্ধি পায় এবং ফাইলেরিয়ার অ্যান্টিজেন দ্বারা চর্ম পরীক্ষা ও কমপ্লিমেণ্ট ফিকসেসন পরীক্ষার ফল হয় অস্তিবাচক। কয়েক মাস পরে দিনের বেলায় রক্তে আবরণীযুক্ত মাইক্রোফাইলেরিয়া পাওয়া যায়।

চিকিৎসা: মুখ দিয়ে ডাইইথিলকারবামেজিন[1] (বেনোসাইড, হেট্রাজেন) দৈহিক ওজনের প্রতি কেজিতে 2·0 মিলিগ্রাম মাত্রায় দিনে 3 বার 3 সপ্তাহ যাবৎ খাওয়ালে নিরাময় হয়।

(D). যে-সব স্ফোটকের লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্য হচ্ছে শল্ক:

সাধারণ	বিরল
I. সোরিয়াসিস (§ 658)	VIII. প্যারাসোরিয়াসিস (§ 666)
II. ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ (§ 659)	IX. শল্ক সদৃশ সিফিলিসের গুটি (§ 667)
III. পিটিরিয়াসিস রোসিয়া (§ 660)	X. পিটিরিয়াসিস রুব্রা পিলারিস (খুসকি) (§ 668)
IV. পিটিরিয়াসিস অ্যালবা (§ 661)	XI. কোন এক পর্যায়ে শল্কযুক্ত চর্ম-প্রদাহ (§ 669)
V. টিনিয়া কারসিনেটা (§ 662) এবং এরিথ্রাসমা (§ 663)	
VI. মীনচর্মিকা (ইকথায়োসিস) (§ 664)	
VII. শল্ক মোচনশীল চর্ম-প্রদাহ (§ 665)	

§ 658. I. **সোরিয়াসিস** (বিচর্চিকা) হচ্ছে সবচেয়ে সাধারণ চর্মরোগগুলির অন্যতম। সাধারণত প্রথম আক্রমণ হয় 10 থেকে 30 বছরের মধ্যে; তবে যে-কোন বয়সেই হতে পারে।

লক্ষণ: সুস্পষ্ট সীমানাবিশিষ্ট, একটু উঁচু হয়ে ওঠা, উজ্জ্বল লাল পিড়কা কিংবা ফলকগুলি সূক্ষ্ম শুকনো শল্ক দিয়ে ঢাকা। শল্ক তুলে ফেললে রক্তাপ্লুত পিড়কার অগ্রভাগ উন্মুক্ত হয়ে পড়ে। এদের পরিষ্কার কেন্দ্রভাগ এবং বিস্তারিত প্রান্তদেশ পিড়কাগুলিকে দেয় জ্যামিতিক ও বলয়াকার আকৃতি। পাশাপাশি অবস্থিত ফলকগুলি পারস্পরিক সংযোগে বিস্তৃত চাদরের রূপও নিতে পারে (প্লেট XIX)। স্ফোটকের অবস্থান, রোগীর বয়স, ত্বকের চরিত্র এবং অন্যান্য বৈশিষ্ট্যের কারণে স্ফোটকের সাধারণ রূপটি পরিবর্তিত হতে পারে বটে, কিন্তু তার মূল কাঠামোগত বিশেষত্ব ঠিকই থাকে। অধিকাংশ ক্ষেত্রে একমাত্র অসুবিধা হল প্রসাধনিক ও নান্দনিক,

1. Diethylcarbamazine

কারণ স্নায়ু-পীড়িতদের ছাড়া উপদহন সাধারণত হয়না। সোরিয়াসিসের পক্ষপাত আহত এলাকা, অপছন্দ আলোকিত স্থান। রোগটি উগ্রতর হয় সবচেয়ে কম রৌদ্রস্নাত মাসগুলিতে। অনুকূল এলাকায় এরা দীর্ঘকাল সীমাবদ্ধ থাকতে পারে—যেমন জানু ও কনুই-এর বহির্বিস্তারী দিকে, করোটি-চর্মে ও দেহকাণ্ডে; তবে দেহের যে-কোন এলাকা আক্রান্ত হওয়া অসম্ভব নয়। একটি ফলক এককভাবে বহু বছর ধরে অপরিবর্তিত থাকতে পারে। আবেগের চাপ ও শারীরিক শ্রান্তি, তীব্র সংক্রমণ অথবা অজ্ঞাত কোন কারণে এদের বিস্তার, সর্বাঙ্গীণ প্রসার এবং বারবার পুনরাক্রমণ সম্ভব।

বি ভি ন্ন ধ র ন:

(i) বিন্দুরূপী সোরিয়াসিসে দেহকাণ্ডে এবং প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গে প্রচুর সংখ্যক ছোটছোট পিড়কার উদ্ভব হয়। বিশেষ করে হয় শিশু ও তরুণ-তরুণীদের। এগুলি প্রায়ই স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণে প্ররোচিত হয়ে থাকে।

(ii) পূঁজযুক্ত সোরিয়াসিস বিরল; হলে, বিশেষ করে হয় করতলে ও পদতলে। ঝাঁকবদ্ধ নির্বীজ পূঁজযুক্ত পিড়কাগুলি বাদামী মামড়ি দিয়ে ঢাকা থাকে।

(iii) ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণজাত সোরিয়াসিস হয় জন্মগত ফাটলে, যৌনাঙ্গে ও কুঁচকিতে। এগুলি প্রায়ই উপদাহক। রোগীরা সাধারণত মধ্যবয়স অতিক্রান্ত।

(iv) সোরিয়াসিস ঘটিত সন্ধি-প্রদাহ (§ 597): তথ্যগত এবং অনাক্রম্যতা সংক্রান্ত প্রমাণ আছে যে সন্ধি-প্রদাহের সঙ্গে সোরিয়াসিসের সম্পর্ক কোন অলৌকিক ঘটনা নয়। কোন কোন ক্ষেত্রে সন্ধি-প্রদাহ অস্বাভাবিক ক্ষয়িষ্ণু চরিত্রের এবং সোরিয়াসিসও প্রচণ্ড উগ্র ও চিকিৎসা প্রতিরোধক।

(v) নখের সোরিয়াসিস হতে পারে ত্বকের সোরিয়াসিসের সঙ্গে অথবা এককভাবে। আক্রান্ত নখটি সূক্ষ্ম ছোট ছোট গর্তযুক্ত অথবা স্থূল ও বিবর্ণ (§ 783)।

(vi) শল্ক মোচনকারী হতে পারে অতি-চিকিৎসার জন্যে অথবা তার চেয়েও বেশি হয় অজ্ঞাত কারণে।

রো গ নি র্ণ য় সহজ। ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণ জনিত সোরিয়াসিসের

মে ১২

সঙ্গে একই কারণ জনিত প্রদাহের পার্থক্য নির্ণয় করা দরকার। তবে সোরিয়াসিসে স্ফোটকগুলির সুস্পষ্ট সীমান্ত এবং দেহের অন্যান্য এলাকায় তাদের উপস্থিতি রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে। করোটিচর্মে সোরিয়াসিসের সঙ্গে ঘর্মমেদস্রাবী চর্মপ্রদাহের সাদৃশ্য এত বেশি যে এদের চেনা খুবই দুষ্কর; তবে সোরিয়াসিসের স্ফোটকগুলি সুস্পষ্ট আবেষ্টনী ঘেরা এবং সেগুলি হাত দিয়ে অনুভব করা যায়, ঘর্মমেদস্রাবী প্রদাহে তা যায়না।

উ ৎ প ত্তি : কারণ অজ্ঞাত। প্রায়ই পারিবারিক ইতিহাস থাকে এবং সম্ভবত উপস্তকের জন্মগত কোন কোন ত্রুটি থেকে এ-রোগের উৎপত্তি। নিগ্রোদের মধ্যে রোগটি বিরল; সবচেয়ে বেশি দেখা যায় নাতিশীতোষ্ণ আবহাওয়ায় বসবাসকারী শ্বেতজাতির মধ্যে। সোরিয়াসিসের সঙ্গে বিপাক ক্রিয়ার কোন সম্পর্ক আছে কি না এ-বিষয়ে বহু অনুসন্ধান চালিয়েও কোন স্থির সিদ্ধান্তে আসা যায়নি। প্রায়ই দেখা যায় গর্ভাবস্থায় রোগটি অদৃশ্য হয়ে গিয়েছে।

পূ র্বা ভা স সবক্ষেত্রেই দুর্লক্ষ্য। একবার আক্রমণের পর বহু বছর পুনরাক্রমণ না হতে পারে, আবার কোন কোন ক্ষেত্রে চিকিৎসার পর অচিরে পুনরাবির্ভাব ঘটে।

চি কি ৎ সা : রোগটি যে আরোগ্যাতীত একথা রোগীকে বলা অনুচিত। এই ধরনের ধর্মরোগ-প্রবণতা নির্মূল করা যায়না বটে, কিন্তু সুপরিকল্পিতভাবে চিকিৎসা করলে আক্রমণগুলিকে দীর্ঘ অথবা স্বল্পকাল ঠেকিয়ে রাখা সম্ভব।

তন্ত্রীয় চিকিৎসা : ব্যাপক এলাকা জুড়ে উগ্র ধরনের আক্রমণ ঘটলে প্রশান্তকারী ওষুধ দিয়ে শয্যাশায়ী রাখা উচিত। মুখ দিয়ে ট্রায়াম-সিনোলোন[1] প্রয়োগে সোরিয়াসিস পরিষ্কার হয়ে যায় বটে, কিন্তু সেই সুফল স্বল্পস্থায়ী। তাছাড়া ঘন ঘন পুনরাক্রমণ ঘটে বলে এর সর্বাঙ্গীণ রক্তিম রূপটিতে ছাড়া এবং হাসপাতালে ভর্তি না করে এই ওষুধ প্রয়োগ করা উচিত নয়। বারবার ব্যবহারে একাধিক স্নায়ু-প্রদাহ এবং ত্বকের ক্যানসার হওয়ার সম্ভাবনা থাকে বলে আর্সেনিকও ব্যবহার করা চলবে না। বারবার আক্রমণকারী বিন্দুরূপী সোরিয়াসিসে প্রতিটি আক্রমণের পর যদি টনসিল-

1. Triamcinolone

প্রদাহ হয় সেক্ষেত্রে টনসিল অপসারণের কথা ভাবতে হবে; তবে শুধু সোরিয়াসিসের জন্যে অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন নেই।

এখনও পর্যন্ত আসল চিকিৎসা হল স্থানিক। স্ফোটকের প্রকৃতি ও অবস্থান, ত্বকের চরিত্র এবং হাসপাতালে রেখে চিকিৎসার সুযোগ—এই সবের ভিত্তিতে চিকিৎসা পদ্ধতি স্থির করা হয়। সবচেয়ে মৃদু ধরনের সোরিয়াসিসে শতকরা 2 ভাগ স্যালিসিলিক অ্যাসিড মলম প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়। মাঝামাঝি ধরনের উগ্র প্রকৃতি যা সাধারণত দেখা যায় তাতে 1·0 আউন্স প্যারাফিন মোমে 30 মিনিম লাইকর পিসিস কার্ব্ এবং 900 মিলিগ্রাম স্যালিসিলিক অ্যাসিড মিশিয়ে সেই মলম লাগানো যেতে পারে; সম্পূরক হিসাব বেগনি পারের রশ্মি প্রয়োগ করা যায়। ব্যাপক এবং দীর্ঘস্থায়ী সোরিয়াসিসে রোগীকে হাসপাতালে ভর্তি করে আরও জোরাল চিকিৎসা করা উচিত। নিম্নোক্ত পদ্ধতি বেশ ফলপ্রসূ প্রমাণিত হয়েছে বটে, কিন্তু হাসপাতালের দক্ষ কর্মীর দ্বারা নিয়মিত চিকিৎসা করা প্রয়োজন। 20 গ্যালন জলে 4 ফ্লুইড আউন্স লাইকর পিসিস কার্ব্ মিশিয়ে রোগীকে সেই জলে চোবানোর পর বেগনিপার আলোকের রক্তিম মাত্রা প্রয়োগ করতে হয়। এর পরের কাজ হবে সোরিয়াসিসের প্রত্তিটি চাপড়ায় বেশ পুরু করে লাস্সার (Lassar) বর্ণিত শতকারা 0·1-2·0 ভাগ ডাইথ্রানল[1] মলম লাগিয়ে ব্যাণ্ডেজ জড়িয়ে রাখা। এই চিকিৎসা চলবে প্রতিদিন। ফলকগুলি খুব পুরু এবং দীর্ঘস্থায়ী হলে ডাইথ্রানলের গাঢ়ত্ব বাড়িয়ে দেওয়া দরকার। এছাড়া আরও নানারকম চিকিৎসা পদ্ধতিতেও সুফল পাওয়া যায় যার কোন অনমনীয় মানদণ্ড স্থির করা সম্ভব নয়। তীব্র সোরিয়াসিসে নিরুত্তেজক স্থানীয় প্রলেপ লাগানো যায়। ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণজাত প্রকৃতিতে তৈলাক্ত মলম বরদাস্ত হয়না, কাজ হয় ভায়োফর্ম্ ক্রীমে। পায়ু ও যৌনাঙ্গ এলাকার এবং মুখের বিরল সোরিয়াসিসে ট্রায়ামসিনোলোন[2] কিংবা ফ্লুয়োসিনোলোন[3] বেশ কার্যকর; কিন্তু দেহের অন্যান্য এলাকায় পলিথিনের পটি ঢাকা দিয়ে না লাগালে কোন কাজ হবেনা (§ 785 দ্রষ্টব্য)। করোটি-চর্মের সোরিয়াসিসে কেড-এর তেল[4] 30 মিনিম, অধঃক্ষিপ্ত গন্ধক 900 মিলিগ্রাম এবং 600 মিলিগ্রাম স্যালিসিলিক

1. Dithranol 2. Triamcinolone 3. Fluocinolone 4. Oil of cade

অ্যাসিড সহযোগে মোট এক আউন্স অবদ্রব মলম তৈরি করে প্রলেপ লাগালে সুফল পাওয়া যায়।

§ 659. II. **ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ** (Seborrhoeic dermatitis) :

বিশেষ এক ধরনের দেহকাঠামোধারী ব্যক্তিদের এক জাতীয় চর্মস্ফোটকের এই নামকরণ করা হয়েছে। এই স্ফোটকগুলির অনুকূল স্থান হল করোটি-চর্ম, মুখমণ্ডল, বুকের ও পিঠের মধ্যরেখা এবং দেহের বিভিন্ন ভাঁজগুলি। বিচিত্র এদের রূপ। দেহকাণ্ডে অবস্থিত ফিকে-লাল পিড়কাগুলি তৈলাক্ত শল্ক দিয়ে ঢাকা ; বিস্তৃত হয়ে এরা বলয়াকার ক্ষতের রূপ নেয়, যাদের কেন্দ্রস্থল পীতাভ-বাদামীবর্ণ এবং প্রান্তীয় কিনারায় থাকে তৈলাক্ত শল্ক। এগুলি সচরাচর দেখা যায় পুরুষদেহে। তীব্রতর রূপগুলি গোলাপী ভুসির মত আঁশযুক্ত স্ফোটকের অনুরূপ (pityriasis rosea) ; কিন্তু পার্থক্য হচ্ছে এই যে এগুলি বিস্তৃততর এলাকায় ছড়িয়ে থাকে এবং চিকিৎসা না করলে দীর্ঘস্থায়ী হয়। কানের পিছনে এবং দেহের ভাঁজ হওয়া এলাকায় ঘর্মমেদস্রাবী প্রদাহ ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণজাত প্রদাহের অনুরূপ। এগুলি সুস্পষ্ট সীমান্তবিশিষ্ট ছড়িয়ে পড়া ধরনের রক্তিমা, আর শল্কগুলি বিভিন্ন প্রকৃতির ; ভাঁজের গভীরে প্রায়ই ফাটল এবং মামড়ির উদ্ভব হয়। একটি মাত্র স্থানে অথবা একসঙ্গে বহু এলাকায় এদের আবির্ভাব হওয়া সম্ভব। ঠিকমত চিকিৎসা না হলে ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ শোথযুক্ত ও মামড়িযুক্ত এবং ব্যাপক এলাকায় বিস্তৃত হতে পারে। নর-নারী নির্বিশেষে যৌনাঙ্গে সোরিয়াসিসের অনুরূপ এক ধরনের প্রতিরোধক ঘর্মমেদস্রাবী স্ফোটক দেখা যায়।

উৎপত্তি : ঘর্মমেদস্রাবী অবস্থায় উপস্তক ও অন্তস্তক দুই-ই সামান্য শোথযুক্ত হয়ে থাকে এবং কেরাটিন সঞ্চয় হয় ত্রুটিপূর্ণ। এইসব অস্বাভাবিকতার সঙ্গে ঘর্মমেদের অস্বাভাবিক ক্রিয়াকলাপের ফলে ত্বকের নিজস্ব স্বাভাবিক নির্বীজন ক্ষমতা হ্রাস পায় এবং আঘাতের প্রতিক্রিয়া চরিত্রও পরিবর্তিত হতে পারে। অনেক সময় ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহের আগে ঘটে আবেগের চাপ, শ্রান্তি, সংক্রমণ, খাদ্যের অনিয়ম বা হজমের গোলমাল ; এই অবস্থাগুলি ঘর্মমেদের সহজাত অস্বাভাবিকতাকে সাময়িকভাবে তীব্রতর

করে তোলে।

চিকিৎসা: তীব্র অবস্থায় রোগীকে শয্যাশয়ী রেখে প্রশান্তিকারক ওষুধ দেওয়া প্রয়োজন। দিনে 3-4 বার 500 মিলিগ্রাম মাত্রায় ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন কিংবা টেট্রাসাইক্লিন দেওয়া যায়। স্থানীয়ভাবে অনুত্তেজক প্রলেপ—নরম্যাল সেলাইনের সেঁক দেওয়া এবং লোশিও ক্যালামিনো ওলিয়োসার প্রলেপ লাগানো উচিত। সীমিত এলাকায়—যেমন করোটি-চর্মে এবং ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণজাত ঘর্মমেদ-প্রদাহে নিয়োমাইসিন মলমের সঙ্গে সম পরিমাণ শতকরা 0·1 ভাগ হাইড্রোকর্টিসোন মলম মিশিয়ে প্রয়োগ করতে হবে। দীর্ঘস্থায়ী শল্কযুক্ত ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহে সালফার (গন্ধক) এবং স্যালিসিলিক অ্যাসিড (দুই-ই শতকরা 3 ভাগ) নরম প্যারাফিনের সঙ্গে মিশিয়ে প্রলেপ লাগালে উপকার পাওয়া যায়। সব ক্ষেত্রেই, বিশেষ করে রোগের দীর্ঘস্থায়ী অবস্থায় অতিচিকিৎসা ক্ষতিকর। করোটি-চর্মের চিকিৎসা অবশ্য-পালনীয় (§ 777 দ্রষ্টব্য)।

§ 660. III. **পিটিরিয়াসিস রোসিয়া** (ভুসির মত শল্কযুক্ত গোলাপী চাপড়া ; Pityriasis rosea) বেশি দেখা যায় বয়ঃসন্ধিকালে ও প্রথম যৌবনে ; তবে সব বয়সেই হতে পারে। এর উৎপত্তি সম্ভবত সংক্রমণ জনিত। আদর্শ ক্ষেত্রে প্রথমে দেখা দেয় একটি সঙ্কেতসূচক চাপড়া (patch) যা পরবর্তী স্ফোটকের চেয়ে বড় এবং নিম্নপঞ্জরাস্থিগুলির উপর, উদরের উর্ধ্বাংশে অথবা কাঁধে আরও লক্ষণীয়। চাপড়াটি সুস্পষ্টভাবে সীমাবদ্ধ, গোলাকার বা ডিম্বাকার এবং পাতলা শল্ক দ্বারা আবৃত। 7 থেকে 10 দিন পরে সর্বাঙ্গে স্ফোটকের আবির্ভাব ঘটে। কয়েক দিন ধরে ঝাঁকে ঝাঁকে স্ফোটকোদ্‌গম হতে থাকে—দেহকাণ্ডে, উরু ও বাহুর উপরের তৃতীয়াংশে। বিশেষ করে শিশুদেহে এগুলি পিড়কারূপী, তবে বেশির ভাগ ক্ষেত্রে ডিম্বাকার বৃহৎ মেডেলের মত, যাদের দীর্ঘ অক্ষগুলি ত্বকের ভাঁজে ভাঁজে বিস্তারিত। এদের রং গাঢ়-লাল অথবা ফিকে-লাল, শুকনো ভুসির মত রূপালি শল্ক দিয়ে ঢাকা। 4 থেকে 8 সপ্তাহের মধ্যে এগুলি আপনি সেরে যায়, যদিও ক্ষেত্রবিশেষে আরও বেশিদিন স্থায়ী হতে পারে। পার্থক্য নির্ণয়ের সময় ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ এবং সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ের কথা মনে রাখা দরকার। উপদহন যেহেতু সামান্য অথবা অনুপস্থিত,

সুতরাং চিকিৎসার বিশেষ প্রয়োজন হয়না।

§ 661. IV. **পিটিরিয়াসিস অ্যালবা** (শ্বেতবর্ণ ভুসির মত শল্কযুক্ত চাপড়া ; Pityriasis alba) সাধারণত দেখা যায় শিশুদেহে ; প্রাপ্তবয়স্করাও আক্রান্ত হতে পারেন।

লক্ষণ: দীর্ঘস্থায়ী স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণের কারণে প্রায়ই কানের নিচে ফাটল উপস্থিত থাকে, অথবা দেখা দেয় ইমপেটিগোতে (চর্মদল) আক্রান্ত হওয়ার পর, কিংবা নাসা-ক্ষরণ সহ শ্বাসযন্ত্রের ঊর্ধ্বাংশ সংক্রমিত হওয়ার পর। সাধারণত দেখা দেয় মুখে, যদিও গ্রীবায়, দেহকাণ্ডে এবং কখনো কখনো হাতে-পায়েও হতে পারে। গোলাকার, ডিম্বাকার অথবা অসম এই চাপড়াগুলি ফিকে লাল বা ত্বকবর্ণ, উপরতল কুঞ্চিত এবং সামান্য সংখ্যায় সূক্ষ্ম শল্কবিশিষ্ট। এগুলি কয়েক মাস স্থায়ী হতে পারে এবং গ্রীষ্মের প্রথম দিকে প্রকটতর হয়ে ওঠে। তবে এই সময় চাপড়ার চতুর্দিকস্থ ত্বক সূর্যালোকে উন্মুক্ত হলে যেরকম রঞ্জকান্বিত হয়ে যায়, চাপড়াগুলি তা হয়না। দেখতে ঠিক একই রকম এই ধরনের আর এক অবস্থা আছে যার সঙ্গে স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণের কোন সম্পর্ক নেই ; সেগুলির উৎপত্তি সম্ভবত সংবেদী ত্বকের উপর শীতল আবহাওয়া, সাবান ইত্যাদির প্রভাব থেকে।

চিকিৎসা: জিঙ্ক-ক্রীমের সঙ্গে ইকথ্যাম্মল ও অ্যামোনিয়া ঘটিত মার্কারি (প্রত্যেকটি শতকরা 2 ভাগ) মিশিয়ে প্রলেপ লাগালে উপশম হয়, কিন্তু প্রায়ই পুনরাক্রমণ ঘটে।

§ 662. **বলয়কীট সংক্রমণ** (দাদ)

ত্বকের কেশহীন অংশে দাদ হতে পারে নানান ধরনের। যে-সব ছত্রাকের স্বাভাবিক আশ্রয়স্থল জীবজন্তু, মানবদেহের তুলনায় তাদের প্রদাহমূলক সংবেদ্যতা অনেক বেশি জোরাল। বিড়ালছানা ও অন্যান্য কিছু জীবদেহের পরাঙ্গজীবী মাইক্রোস্পোরন কেনিস (microsporon canis) সৃষ্টি করে ছোট ছোট লালচে চক্র সদৃশ চাপড়া যেগুলি সামান্য শল্কযুক্ত এবং যাদের বিস্তারশীল প্রান্তসীমায় থাকে সজল ফুসকুড়ি। এর সঙ্গে থাকতে পারে টিনিয়া ক্যাপিটিস। এগুলি সাধারণত হয় শিশুদের, বিড়ালছানাদের মারফৎ। আরও বেশি প্রদাহমূলক প্রতিক্রিয়া হয় গো-মহিষাদির

দাদ সৃষ্টিকারী ট্রা ই কো ফা ই টো ন ভে রা কো সা ম (Trichophyton verracosum) এবং পশুদেহের আর এক জাতের পরাঙ্গজীবী ট্রা ই কো-ফা ই টো ন মে ণ্টা গ্রো ফা ই ট্ স্ (menta grophytes) সংক্রমণে (§ 779)। মানবদেহে যাদের প্রকোপ ক্রমবর্ধমান, সেই সুস্পষ্ট সীমান্ত-বিশিষ্ট ফিকে-লাল এবং সামান্য শল্কবিশিষ্ট চাপড়াগুলি সৃষ্টি করে ট্রা ই কো-ফা ই টো ন রু ব্রা ম। এগুলি মানবদেহেরই পরাঙ্গজীবী। যেগুলি চক্রাকার তাদের কিনারা সুস্পষ্ট, রং ফিকে-লাল, কেন্দ্রস্থল পরিষ্কার কিংবা অপরিষ্কার। এদের আর এক ধরনের বিশেষ রূপ হল করতলে এবং পদতলে সূক্ষ্ম শল্ক সহ ফিকে রক্তিমা। এগুলি দেহের অন্য এলাকাতেও দেখা দিতে পারে। কখনো কখনো সৃষ্টি হয় অত্যধিক ত্বকস্থূলতা।

উরুদেশে বলয়কীট সংক্রমণ (Tinea cruris) সাধারণত হয় এপি-ডারমোফাইটোন ফ্লক্কোসাম, ট্রাইকোফাইটোন রুব্রাম অথবা ট্রাইকোফাই-টোন ইণ্টারডিজিটেল দ্বারা (Epidermophyton floccosum, Trichophyton rubrum, Trichophyton interdigitale)। এই সংক্রমণ দেখা যায় কিশোর ও তরুণদের উরুর উপরের দিকে, ভিতরের অংশে। চাপড়া-গুলির বিশেষত্ব হিসাবে এদের বিস্তারশীল প্রান্তদেশে সজল ফুসকুড়ির উপস্থিতি থেকে সরল ধরনের লিকেন এবং ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণজাত স্ফোটকের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা যায়।

পায়ে এবং হাতে বলয়কীট সংক্রমণ (Tinea pedis and Tinea manuum): পায়ের দাদ সাধারণত দেখা যায় প্রাপ্তবয়স্ক তরুণদের। উৎপত্তির কারণ ট্রাইকোফাইটোন ইণ্টারডিজিটেল, ট্রাইকোফাইটোন রুব্রাম অথবা এপিডারমোফাইটোন ফ্লক্কোসাম-এর সংক্রমণ। দুই আঙ্গুলের মধ্যবর্তী এলাকায় (বিশেষ করে তৃতীয় ও চতুর্থ আঙ্গুলের মধ্যে) শল্কমোচন হতে থাকে, ত্বক কোমল হয়ে যায়। পদতলে সজল ফুসকুড়ির আবির্ভাব ঘটে অথবা অবিচল শল্ক ও রক্তিমা সৃষ্টি হয়। উগ্রতর ক্ষেত্রে উপসর্গ হিসাবে বারবার কোষ-প্রদাহ এবং কখনো কখনো শিরা-প্রদাহ হতে থাকে। পায়ের প্রদাহমূলক বলয়কীট সংক্রমণের আনুষঙ্গিক (অ্যালার্জি ঘটিত) প্রতিক্রিয়া হিসাবে করতলেও সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হতে পারে, যদিও এটাই সাধারণ কারণ নয় (§ 672 দ্রষ্টব্য)। হাতে প্রকৃত ছত্রাক সংক্রমণ আগে সচরাচর দেখা যেত না। আজকাল কিন্তু করতলে কিংবা হাতের বা আঙ্গুলের পিছনে

টিনিয়া রুব্রাম সংক্রমণ জাত ফিকে-লাল শল্কমোচন ক্রমেই বেশি বেশি দেখা যাচ্ছে।

রো গ নি র্ণ য় করা হয় অণুবীক্ষণে আক্রান্ত এলাকার চাঁচি পরীক্ষা করে। অনেক রোগী অনুভূত লক্ষণ ছাড়াই দেহে ব্যাধি সৃষ্টিকারী ছত্রাক পোষণ করেন। দুই আঙ্গুলের মধ্যবর্তী ত্বক কোমল হয়ে আসা সংক্রমণের অনুকূল। রোগ সৃষ্টি হয় অবরোধী পাদুকা ব্যবহারের জন্যে। অবশ্য ছত্রাক-তন্তুর উপস্থিতি দ্বারা স্বেদগ্রন্থির অস্বাভাবিকতা ঘটিত সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব অথবা অতি-চিকিৎসা জনিত চর্ম-প্রদাহের সম্ভাবনা বাতিল করা যায়না।

চি কি ৎ সা : স্ফোটকগুলি যত প্রদাহমূলক হবে, সক্রিয় চিকিৎসার প্রয়োজন তত কম। পায়ে বলয়কীট (T. pedis) সংক্রমণ জনিত সজল ফুসকুড়িতে পায়ের পাতা পটাস পারমাঙ্গানেট সলিউসনে (1 : 5000) ভিজিয়ে রাখতে হবে—যতক্ষণ না তীব্র পর্যায়ের উপশম হয়। অনতিতীব্র পর্যায়ে চক্রাকার ও উরুদেশীয় বলয়কীট সংক্রমণে জিঙ্ক-মলম প্রয়োগ করা যায়। দীর্ঘস্থায়ী শল্কমোচনকারী দাদে হুইটফিল্ড্ উদ্ভাবিত মলম কিংবা লাসসার (Lassar) উদ্ভাবিত শতকরা 0·1 ভাগ ডাইথ্রানল[1] যুক্ত প্রলেপ লাগানোর প্রয়োজন হতে পারে। প্রতিরোধী ক্ষেত্রে গ্রিসিয়োফালভিন[2] ফোর্ট 0·125 গ্রাম ট্যাবলেট দিনে 3 বার, 3-4 সপ্তাহ প্রয়োগ করা যায়। পুনঃসংক্রমণের চেয়ে পুনরাক্রমণ বেশি গুরুত্বপূর্ণ ; সুতরাং পায়ের স্বাস্থ্যবিধি রক্ষার প্রতি যত্ন নেওয়া, অত্যধিক স্বেদ নিঃসরণের চিকিৎসা করা এবং ছত্রাক-বিরোধী পাউডার লাগানো দ্বারা পুনরাক্রমণ নিবারণের চেষ্টা করা উচিত।

§ 663. **এরিথ্রাসমা** (Erythrasma) হচ্ছে নিকার্ডিয়া মিনুটিস-মাম Nicardia (minutissmum)[3] দ্বারা ত্বকের উপরতল সংক্রমিত হওয়া। প্রথমে লালচে-বাদামী এবং পরে পীতাভ-বাদামী রঙের সূক্ষ্ম শল্কমোচনকারী ফলকের উদ্ভব হয় কুঁচকিতে, কুক্ষিদেশে এবং স্তনের নিচে। চিকিৎসা করা হয় এরিথ্রোমাইসিন দিয়ে।

§ 664. VI. **মীনচর্মিকা** (Icthyosis) ত্বকের একটি জন্মগত অস্বাভা-

1. Dithranol 2. Griseofulvin

3. ডরল্যাণ্ড—এর মতে এটি এক ধরনের বীজাণু বা ব্যাকটিরিয়া

বিকতা যা জন্মকালে উপস্থিত থাকেনা, প্রথম দেখা দেয় 2-4 বছর বয়সে। অবস্থাটি সচরাচর শৈশবেই প্রকট হয়ে ওঠে এবং বয়ঃসন্ধির পর উপশম হয়ে আসে, কিন্তু সারা জীবন কিছুটা থেকেই যায়। রোগটি একজিমা-হাঁপানি সমাহারের সহগামী।

লক্ষণ: সবচেয়ে মৃদু প্রকৃতির ত্বক-চরিত্র শুধু অত্যধিক শুষ্ক ও কর্কশ। সাধারণ প্রকৃতিতে দেহের বিভিন্ন বাঁক, করতল ও পদতল ছাড়া সমগ্র ত্বক শুষ্ক, রুক্ষ ও শল্কমোচনশীল। এই অবস্থা সবচেয়ে বেশি উগ্র হয় বহির্বিস্তারী তলে। প্রায়ই সঙ্গে থাকে কেশের নিচে ত্বকস্থূলতা এবং শুষ্ক ও মরামাসযুক্ত করোটি-চর্ম। এই শুষ্ক চর্ম সহজেই বিভিন্ন পরিষ্কারক ও অন্যান্য তৈলদ্রাব্য পদার্থ দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত হয়ে থাকে। গ্রীষ্মকালে রোগী বেশ ভালই থাকেন। A-ভিটামিনের ঘাটতিতে এবং দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টি জনিত শীর্ণতায় মীনচর্মিকা প্রসূত শল্কমোচন হতে থাকে; বিরল ক্ষেত্রে হজকিন বর্ণিত ব্যাধিতেও অনুরূপ শল্কমোচন দেখা যায়।

চিকিৎসা: এ-রোগে ভিটামিন-A দেওয়া যায় বটে, কিন্তু তার ফল অনিশ্চিত; তাছাড়া ছোট শিশুদের ক্ষেত্রে মাত্রাধিক্যের ঝুঁকি থাকে। শতকরা 2 ভাগ স্যালিসিলিক অ্যাসিডের সঙ্গে সমপরিমাণ গ্লিসারিন এবং প্যারাফিন মিশানো স্নিগ্ধকর মলম প্রয়োগে উপকার হয়।

নবজাতকের মীনচর্মিকায় সারা দেহটি স্থূল শৃঙ্গপুঞ্জের দ্বারা আবৃত থাকে ("ভাঁড়ের মত শিশু") এবং সে-শিশু কয়েক দিনের বেশি বাঁচে না। ফলকরূপী মীনচর্মিকা দেখায় আঠাল ত্বকের মত (collodion)। অবস্থাটি শারীরবৃত্তিক অতিরিক্ত শল্কমোচন; অচিরে ত্বক স্বাভাবিক হয়ে আসে। ব্রোয়েক (Broeq) বর্ণিত অস্বাভাবিক রক্তিম মীনচর্মিকা খুবই বিরল। শিশুদের সর্বাঙ্গীণ অস্বাভাবিক রক্তিম ত্বক ক্রমে ক্রমে কমতে থাকে এবং ফেলে আসে মীনচর্মিকা, যাদের অনুকূল স্থান হল দেহের বাঁকগুলি। উপসর্গ হিসাবে ফোস্কা দেখা দিতে পারে।

§ 665. VII. **শল্কমোচনকারী চর্ম-প্রদাহের** বৈশিষ্ট্য হচ্ছে ত্বকের অবিচল সর্বাঙ্গীণ রক্তিমার সঙ্গে বারবার প্রচুর শল্কমোচন; নখ এবং চুলও ঝরে যেতে পারে। চুলকানির চেয়ে বেশি অনুভূত হয় টানটান ভাব এবং অস্বস্তি। লসিকা-পর্বগুলি (nodes) বড় হতে পারে। অবিচল রক্তিমা দেহের তাপ নিয়ন্ত্রণ প্রক্রিয়ায় বিশৃঙ্খলা সৃষ্টি করে এবং রোগী সবসময় শৈত্য

অনুভব করেন। শল্কগুলির সঙ্গে প্রোটিন ক্ষয়ের জন্যে সাধারণ স্বাস্থ্যের অবনতি ঘটে, যদিও তা অবধারিত নয়। অচিকিৎসিত শল্কমোচনকারী চর্ম-প্রদাহ কয়েক মাস বা কয়েক বছর ধরে চলতে পারে।

উ ৎ প ত্তি : অবস্থাটি (i) সোরিয়াসিস, একজিমা, ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ, পত্রাঙ্করূপী পেমফিগাস কিংবা চুলের নিচে খুসকি ইত্যাদির মত ত্বকের বিভিন্ন বিশৃঙ্খলার কোন এক পর্যায়ে দেখা দিতে পারে ; হতে পারে (ii) কোন ওষুধের বিরূপ প্রতিক্রিয়ার নিদর্শন (আর্সেনিক, স্বর্ণ, পারদ, বারবিটিউরেট ইত্যাদি); (iii) রেটিকিউলোসাইট-বৃদ্ধি, লিউকিমিয়া কিংবা ক্যানসারের সঙ্কেত ; (iv) বিশেষ করে বয়স্ক ব্যাক্তিদের কোন অজ্ঞাত কারণ প্রসূত কোন ব্যাধির অনুষঙ্গ।

রো গ নি র্ণ য় : সম্পূর্ণ কায় পরীক্ষা, ত্বকের, লসিকা-পর্বের এবং স্টারনাম-মজ্জার বায়োপ্সী এবং প্রান্তীয় রক্ত পরীক্ষা দ্বারা কারণটি নির্ণয় করা দরকার।

চি কি ৎ সা নির্ভর করে কারণের উপর। উপযুক্ত শুশ্রূষা একান্ত প্রয়োজন। স্থানীয় প্রলেপটি হওয়া উচিত নিরুত্তেজক। রোগটি যদি মারক ব্যাধির অনুষঙ্গ না হয় সেক্ষেত্রে কর্টিকোস্টেরয়েড দিয়ে চিকিৎসা করাই বাঞ্ছনীয়। তার জন্যে ওষুধটি অল্প মাত্রায় দীর্ঘকাল ধরে চালিয়ে যেতে হবে। এবং নিয়মিত তত্ত্বাবধান করাও প্রয়োজন।

> শি শু দে র শল্কমোচনকারী চর্ম-প্রদাহ বেশ কঠিন সমস্যা। **রিটার (Ritter) বর্ণিত ব্যাধি** হল ফোস্কাযুক্ত ইমপেটিগোর (§ 674) শল্কমোচনকারী স্তর। **লীনার (Leiner) বর্ণিত ব্যাধি** হচ্ছে সর্বাঙ্গীণ ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ। প্রাপ্তবয়স্কদের মত শিশুদেরও অতি-চিকিৎসা জনিত বহির্জাত চর্ম-প্রদাহ সর্বাঙ্গীণ রূপ নিতে পারে। পাউডারে মিশানো বোরিক অ্যাসিড ত্বক থেকে অব-শোষিত হয়ে শল্কমোচনকারী প্রতিক্রিয়া ঘটাতে দেখা গিয়েছে। সর্বাঙ্গীণ রক্তিমা সহ মীনচর্মিকা একটি জন্মগত বিরল অস্বাভাবিকতা যা শিশুদেহে সার্বিক রক্তিমা সৃষ্টি করে।

§ 666. VIII. **কৃত্রিম সোরিয়াসিস** : এই সংজ্ঞাটি সম্পর্কে কোন ঐক্যমত নেই। সবচেয়ে ভাল হল নামটিকে "ফলকের উপর কৃত্রিম

সোরিয়াসিস" হিসাবে ব্যবহার করা। প্রাপ্তবয়স্কদের এই বিরল ব্যাধিতে দেহকাণ্ডে এবং হাতে-পায়ে সূক্ষ্ম শল্ক সহ সুস্পষ্ট সীমান্তবিশিষ্ট পীতাভ-লাল ফলকের আবির্ভাব ঘটে। এগুলি উপদাহক এবং বহুবলয়রূপী অথবা কোণাচে। কোন কোন ক্ষেত্রে অনেক বছর পরে এগুলি থেকে সৃষ্টি হয় রেটিকিউলোসাইটদের* মারক অতিবৃদ্ধি এবং ছত্রাক রোগ। পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় অনুরূপ আর এক ধরনের স্ফোটকের সঙ্গে যেগুলি দীর্ঘদিন ধরে চলতে থাকে, নিরীহ চরিত্রের এবং উপরতলে দীর্ঘস্থায়ী চর্ম-প্রদাহ সৃষ্টি করে। চাপড়াগুলি অনেক বেশি শল্কবহুল, উপদাহক নয় এবং গোলাকার বা ডিম্বাকার।

§ 667. IX. **সিফিলিসের (দ্বিতীয় পর্যায়ের) শল্কসদৃশ গুটি-গুলি** তাদের বৈশিষ্ট্য হিসাবে দেখা দেয় করতলে এবং পদতলে যেখানে শৃঙ্গস্তরের স্থূলতা পিড়কাগুলির চেহারায় পরিবর্তন ঘটায়। দ্বিতীয় পর্যায়ে সুসমভাবে অবস্থিত ফিকে-তাম্রবর্ণ পিড়কাগুলি সামান্য শল্কাবৃত হতে পারে। পরবর্তী কোন পর্যায়ে এলোমেলোভাবে ছড়ানো স্ফোটকগুলি এক একটি বৃত্তাংশের মধ্যে গোষ্ঠিবদ্ধ হয়ে অবস্থান করে; অসম শল্কমোচন এবং শৃঙ্গস্তরের স্থূলতাও উপস্থিত থাকা সম্ভব।

§ 668. X. **পিটিরিয়াসিস রুব্রা পিলারিস**** ব্যাধিটি বিরল। এর দুটি গোষ্ঠি দেখা যায়—(i) পারিবারিক রূপ যা সাধারণত শুরু হয় শৈশবে, এবং (ii) পরবর্তী জীবনে অর্জিত রূপ।

লক্ষণ: প্রাথমিক পরিবর্তন হিসাবে দেখা দেয় রক্তিমা, সঙ্গে করোটি-চর্মে এবং মুখে ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহের মত শল্কমোচন হতে থাকে। করতলে এবং পদতলেও শল্কমোচন হয় এবং পরে উদ্ভব হয় অত্যাধিক ত্বক-স্থূলতা। এই ব্যাধির বৈশিষ্ট্য হল শক্ত শৃঙ্গবহুল গুটিদার পিড়কা, যেগুলি সাধারণত ব্যাপকভাবে শল্কমোচনের আগেই আবির্ভূত হয়ে থাকে। তীব্রতর ক্ষেত্রে দ্রুত বহুসংখ্যক পিড়কার আবির্ভাব ঘটে যায়। এগুলি সবচেয়ে প্রকট প্রথম অঙ্গুলিনলকের পিছনদিকে; জানু ও কনুইতে তারা ফলকরূপে জোটবদ্ধ। ত্বকের ব্যাপক এলাকায় সুস্পষ্ট কিনারাবিশিষ্ট রক্তিমা

---

* **Reticulocyte**—জালক নবলোহিত কণিকা

** **Pityriasis**—ভুসির মত শল্কযুক্ত স্ফোটক। **Rubra**—লালচে। **Pilaris**—কেশ সংক্রান্ত।

ও শল্কমোচন সমাহৃত হয়ে সর্বাঙ্গীণ শল্কমোচনশীল চর্ম-প্রদাহের রূপ নিতে পারে। লোহিতবর্ণ শল্কমোচনকারী টানটান মুখের ত্বক নিচের অক্ষিপল্লবকে উলটিয়ে বহির্মুখী করে তুলতে পারে। এদের গতি-প্রকৃতি বিভিন্ন ধরনের— কোন কোন ক্ষেত্রে মাসের পর মাস, বছরের পর বছর অপরিবর্তিত অবস্থায় চলতে থাকে, আবার ক্ষেত্রবিশেষে আংশিক কিংবা সম্পূর্ণ উপশম হয়ে যায়।

রো গ নি র্ণ য়: অসম্পূর্ণ স্ফোটকগুলি সহজেই দৃষ্টি এড়িয়ে যেতে পারে, কিন্তু পূর্ণাঙ্গ রূপগুলির বৈশিষ্ট্য সুস্পষ্ট।

চি কি ৎ সা: ভিটামিন-A 50·000-100·000 ইউনিট মাত্রায় প্রয়োগ করে কোন কোন ক্ষেত্রে, বিশেষ করে অর্জিত প্রকৃতির স্ফোটকে সুফল পাওয়া গিয়েছে।

§ 669. XI. যে-স ব চ র্ম রো গে কো ন এ ক প র্যা য়ে শ ল্ক-মো চ ন হ য়ে থা কে: বহু ধরনের প্রদাহমূলক চর্মরোগের উপশম পর্যায়ে শল্কমোচন একটি বিশেষত্ব। দীর্ঘস্থায়ী ও অনতিতীব্র একজিমায় (§ 671) এবং সরল ধরনের লিকেনে এটি একটি সাধারণ লক্ষণ।

গ্রুপ II সা ধা র ণ ত আ র্দ্র স্ফো ট ক

স জ ল ফু স কুঁ ড়ি ও ফো স্কা

বহুক্ষেত্রে সজল ফুসকুড়িগুলি আবির্ভাবের সঙ্গে সঙ্গে ফেটে যায় এবং ক্ষত দেখা যায় রসক্ষরণ ও মামড়ি পড়ার পর্যায়ে। বাস্তবে সজল ফুসকুড়ি ও ফোস্কার মধ্যে পার্থক্য করা সম্ভব হলেও এ-দুয়ের মধ্যে কোন মৌলিক প্রভেদ নেই।

সাধারণ	বিরল
I. একজিমা (§ 670)—একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ (§ 671)	VIII. মেষ-বসন্ত, গো-বসন্ত এবং টীকা-স্ফোটক (§ 677)
II. বিম্বিকা (pompholyx) (§ 672)	
III. ঘামাচি ও মিলিয়ারিয়া (Sudamina-miliaria) (§ 673)	IX. গ্রীষ্মকালীন আলোক ফুসকুড়ি (§ 678)
IV. চর্মদল (impetigo) (§ 674)	

সাধারণ	বিরল
V. সরল ধরনের হারপিস বা নারাঙ্গা (§ 675)	X. উদ্ভিদ ও আলোক প্রসূত চর্ম-প্রদাহ (§ 679)
VI. স্নায়বিক হারপিস (§ 676)	XI. হারপিস সদৃশ, গর্ভাবস্থার ও পেমফিগাস সদৃশ চর্ম-প্রদাহ (§ 680)
VIII. গুটিবসন্ত ও জলবসন্ত (§ 662)	XII. পেমফিগাস (§ 681)
	XIII. ফোস্কার বহুরূপী রক্তিমা (§ 682)
	XIV. শিথিল উপত্বকের ফোস্কা (§ 683)
	XV. জলপূর্ণ সিস্ট্ (§ 684)
	XVI. লসিকানালীর টিউমার (§ 685)
	XVII. অন্যান্য ফুসকুড়ি ও ফোস্কা (§§ 624-701)
	XVIII. যে-সব স্ফোটক কোন এক সময় ফুসকুড়ি বা ফোস্কার রূপ নেয় (§ 686)

§ 671. I. একজিমা

ত্বকের বিভিন্ন বিশৃঙ্খলার মধ্যে সবচেয়ে সাধারণ হল নানা প্রকৃতির একজিমা। একজিমা, চর্ম-প্রদাহ এবং একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ ইত্যাদি নামগুলি এত ভিন্ন ভিন্ন ব্যাপক তাৎপর্যে ব্যবহৃত হয় যে বিষয়গুলি পরিষ্কার-ভাবে বোঝার জন্যে এদের সংজ্ঞা নির্ধারণ করা একান্ত প্রয়োজন।

একজিমা হচ্ছে ত্বকের এমন ধরনের প্রতিক্রিয়া যার টিস্যু-চরিত্রের বৈশিষ্ট্য নিম্নরূপ : (i) উপত্বকের কোষমধ্যে এবং কোষগুলির অন্তর্বর্তী স্থলে শোথ দেখা দেয় (spongiosis) ; (ii) তা থেকে উদ্ভব হয় উপত্বকের মধ্যে সজল ফুসকুড়ি ; (iii) কৈশিক জালিকা-

গুলি প্রসারিত ও শোথগ্রস্ত হয়ে পড়ে এবং অন্তস্তকে লিমফোসাইট ও হিস্টিয়োসাইটদের সমাবেশ ঘটে। রোগ নিদর্শন হিসাবে প্রকাশ পায় রক্তিমা, শোথ, সংঘবদ্ধ পিড়কা ও সজল ফুসকুড়ি। আদর্শ ক্ষেত্রে একজিমার উদ্ভব হয় সুস্পষ্ট কয়েকটি পর্যায় মারফৎ এবং তার যে-কোন এক পর্যায়ে ব্যাধি-প্রক্রিয়া উপশম হতে পারে। অত্যন্ত তীব্র অবস্থায় প্রাথমিক পর্যায়গুলি এত দ্রুত অতিক্রম করে যায় যে তাদের লক্ষণ ও নিদর্শনগুলি স্পষ্ট দৃশ্যমান হয় না। সাধারণভাবে ব্যবহৃত চর্মরোগ কথাটি যতক্ষণ না সংক্রামক চর্ম-প্রদাহ, পেশাগত চর্ম-প্রদাহ ইত্যাদি অভিধা দ্বারা নির্দিষ্ট করা হচ্ছে ততক্ষণ ঐ সাধারণ সংজ্ঞা দ্বারা কার্যত কিছুই বোঝা যায়না, তার কোন মূল্যও নেই। বর্তমানে 'একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ' কথাটিকে বহির্জাত একজিমা অর্থে ব্যবহার করা হচ্ছে।

ল ক্ষ ণ : একজিমার সূচনা-স্তরে দেখা দেয় রক্তিমা ; অক্ষিপল্লব কিংবা অণ্ডথলি আক্রান্ত হলে সঙ্গে থাকে প্রকট শোথ। রক্তিমার উপর উদ্গত হয় গোষ্ঠিবদ্ধ কতকগুলি পিড়কা ; পিড়কাগুলি সজল ফুসকুড়িতে রূপান্তরিত হয় এবং ফেটে গিয়ে ক্ষরণশীল ও মামড়িবদ্ধ হয়ে পড়ে (crusted)। প্রতিক্রিয়া খুব বেশি হলে ফোস্কাও হতে পারে। সেরে আসার সময় আক্রান্ত স্থলটি রক্তিমা ও শল্কমোচন পর্যায় পার হয়ে আবার স্বাভাবিক অবস্থায় প্রত্যাবর্তন করে। একজিমার প্রধান লক্ষণ হল চু ল কা নি যা প্রচণ্ড হতে পারে। ঘর্ষণ এবং আঁচড়ানোর ফলে ত্বক শক্ত ও পুরু হয়ে যায়, স্বাভাবিক চর্ম-রেখাগুলি প্রকটতর এবং কিছুটা রঞ্জকান্বিত হয়ে ওঠে। আঁচড়ানোর প্রতি-ক্রিয়ায় সমগ্র ত্বক পুরু ও শক্ত হয়না। আনুষঙ্গিক সংক্রমণ, অবিবেচক চিকিৎসা কিংবা বারবার পুনরাক্রমণ একজিমা প্রসূত মৌল পরিবর্তনগুলিকে রদবদল করতে পারে।

উ ৎ প ত্তি : একজিমার উৎপত্তি বেশ জটিল। এমনকি যেখানে বহি-র্জাত উপদাহকের ভূমিকা প্রমাণিত সেখানেও সেই পদার্থটি অনুকূল ব্যক্তি-দেহে শুধু ব্যাধির সূত্রপাত ঘটায়। কেউ কেউ ঐ একই কিংবা ভিন্নতর প্ররোচনায় বারে বারে আক্রান্ত হন, আবার কেউ হয়তো সেই উত্তেজনায় অবিচল থাকেন। কা র ণ : (a) শ্রান্তি এবং আবেগের চাপ আক্রমণের পূর্বানুকূল অবস্থা সৃষ্টি করতে পারে এবং সেই আক্রমণ বহির্জাত অবস্থার দ্বারা

আংশিকভাবে নির্ধারিত হয়। অন্য কারও কারও ক্ষেত্রে, আপাতদৃষ্টিতে, আবেগই আক্রমণের জন্যে দায়ী হওয়া সম্ভব। সূচনায় একজিমার যে-কারণটি ছিল বহির্জাত, অতঃপর তা ঘটতে পারে আবেগের তাড়নায়। (b) বহু একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহে অ্যালার্জি প্রসূত সংবেদ্যতার যেমন মৌলিক গুরুত্ব আছে, তেমনি অন্য কোন কোন প্রকৃতির একজিমা ঘটিত প্রতিক্রিয়ায় অ্যালার্জির ভূমিকা সন্দেহজনক। এমন রোগীর খবর শোনা গিয়েছে যেখানে কোন অ্যান্টিজেন খাওয়া কিংবা শোঁকার ফলে অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া থেকে একজিমার উদ্ভব হয়েছে বলে দাবী করা হয়; অথচ বহু অভিজ্ঞ চর্মরোগ বিশেষজ্ঞ বলেন, তাঁরা এরকম কোন ঘটনা দেখেননি। (c) আত্মসংবেদীকরণও (autosensitisation) ঘটতে পারে, যেখানে রোগী নিজের পরিবর্তিত ত্বক-প্রোটিনে অ্যালার্জি ঘটিত সংবেদ্যতায় আক্রান্ত হন। তার আদর্শ উদাহরণ হল পায়ের নিম্নাংশে একজিমার স্ফোটকোদ্গম, যা অতি-জোরাল চিকিৎসার ফলে ত্বকের অন্যান্য অংশে বিস্ফোরণের মত ছড়িয়ে পড়তে পারে। (d) প্রায়ই আর একটি লক্ষণীয় ঘটনা হল সমাকৃতি প্রতিক্রিয়া (isomorphism)—যে-রোগীর অতীতে সীমাবদ্ধ এলাকায় একজিমা ছিল, তাঁর দেহের অন্যান্য অংশে ঘর্ষণ কিংবা আঘাতের ফলে নতুন নতুন একজিমার উদ্ভব হয়ে থাকে। (e) স্বেদ সংরক্ষণ আর একটি গুরুত্বপূর্ণ নিয়ামক। যে-সব এলাকায় উপত্বকের প্রদাহমূলক ব্যাধিগ্রস্ততার জন্যে স্বেদ-ক্ষরণনালীগুলি আগেই আংশিক অথবা সম্পূর্ণ বন্ধ হয়ে গিয়েছে, উষ্ণতা অথবা আবেগ প্রসূত স্বেদ ক্ষরণে সেখানে প্রচণ্ড চুলকানি হতে থাকে। (f) অন্তঃক্ষরী এবং পুষ্টি সংক্রান্ত কারণগুলির ভূমিকা সম্পর্কে আমাদের জ্ঞান আজও অত্যন্ত সীমাবদ্ধ।

§ 671. I. **একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ** (স্পর্শ-সংক্রামক ও পেশাগত চর্ম-প্রদাহ সহ):

ল ক্ষ ণ ও নি দ র্শ ন গ ত বৈশিষ্ট্যগুলি নির্ভর করে বহির্জাত এজেন্টের প্রতি সংবেদ্যতা, তার প্রকৃতি এবং প্রতিক্রিয়ার উগ্রতার উপর। একজিমার পূর্ববর্ণিত যে-কোন একটি বা সবকটি পর্যায়ই বিভিন্ন মাত্রায় উপস্থিত থাকে। প্রায় সব ক্ষেত্রেই চুলকানি হয় এবং প্রায়শই তা প্রচণ্ড। উপদহন, শুষ্কতা, ফাটল, রক্তিমাভা বাড়তেই থাকে এবং শেষ পর্যন্ত একজিমাটি যদি ফেটে যায়,

অনুমান করা যেতে পারে যে কোন রাসায়নিক বা ভৌত পদার্থ দ্বারা ত্বক ক্রমবর্ধমান হারে ক্ষতিগ্রস্ত হচ্ছে। ত্বকের যে-এলাকাগুলি সেই উপদাহকে সবচেয়ে বেশি উন্মুক্ত, সাধারণত সেখানেই আক্রমণ হয় উগ্রতম। অনিয়মিত-ভাবে তীব্র পুনরাক্রমণ অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়ার সঙ্কেত। ক্ষেত্রবিশেষে শুরুতে অ্যালার্জি সৃষ্টিকারী পদার্থ অ্যালারজেনে উন্মুক্ত স্থান থেকে বহুদূরে—যেমন অক্ষিপল্লবে, পুরুষাঙ্গে কিংবা অণ্ডকোষে চর্ম-প্রদাহ দেখা দিতে পারে।

একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহকে দুই ভাগে ভাগ করা যায়: (i) মৌল উপদাহকগুলি তাদের ভৌত-রাসায়নিক ক্রিয়াকলাপ দ্বারা (যেমন দহন, জল শোষণ ইত্যাদি দ্বারা) ত্বককে আহত করে, এবং দীর্ঘকাল যথেষ্ট গাঢ়ত্বে উপস্থিত থাকলে তারা যে-কোন ত্বকের ক্ষতি করতে পারে। (ii) অন্যদিকে কতকগুলি পদার্থ ত্বকের উপর এমন ঘনত্বে উন্মুক্ত হতে পারে যাতে ত্বকের ভৌত বা রাসায়নিক ক্ষতির কোন বোধগম্য নিদর্শন প্রকাশ পায়না; এরকম সামান্য কিছু ক্ষেত্রে অ্যালার্জি ঘটিত সংবেদ্যতার উদ্ভব হয়। পেনিসিলিন, প্রোকেন ইত্যাদি কোন কোন পদার্থ দ্রুত এই ধরনের প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি করে; আবার কিছু পদার্থ আদৌ তা করেনা। কোন রকম প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি না করেই বিভিন্ন পর্যায় কাল ধরে এইভাবে উন্মুক্ত থাকার পর সংবেদ্যতার উদ্ভব হতে সময় লাগে 7 থেকে 10 দিন (উপ্তিকাল)। এর পর সেই পদার্থটি বা রাসায়নিক চরিত্রের দিক থেকে অনুরূপ কোন পদার্থ যথেষ্ট লঘুকৃত অবস্থাতেও ত্বকের উপর উন্মুক্ত হলে 12 থেকে 48 ঘণ্টার মধ্যে (প্রতিক্রিয়ার সময়) একজিমার উদ্ভব হবে। সংবেদ্যতা সৃষ্টিকারী পদার্থটির প্রতি লক্ষণ ও নিদর্শনগত প্রতিক্রিয়া ত্বকের সীমিত এলাকায় প্রতিফলিত হলেও সমগ্র উপস্তকে অ্যালার্জি ঘটিত সংবেদ্যতা সৃষ্টি হয়। রোগ নির্ণয়ের ক্ষেত্রে এই সুবিধাটি (Patch Test) গ্রহণ করা হয়।

চা প ড়া প রী ক্ষা (Patch Test) করা হয় উপস্তকে অ্যালার্জি ঘটিত সংবেদ্যতা সন্দেহ হলে তার সমর্থন পাওয়ার জন্যে। এই পরীক্ষার লক্ষ্য থাকে অ্যালারজেনের প্রতি প্রকৃত উন্মুক্তিতে যে পরিণতি ঘটে তারই ক্ষুদ্র সংস্করণের পুনর্ঘটন করানো। একজিমা বৃদ্ধি পাওয়ার সম্ভাবনা যাতে সবচেয়ে কম হয় কিংবা অনির্দিষ্ট ধরনের

কৃত্রিম অস্তিবাচক ফল যাতে প্রকাশ না পায় তার জন্যে চর্ম-প্রদাহ কিছুটা প্রশমিত না হওয়া পর্যন্ত এই পরীক্ষা করা হয়না। বেছে নেওয়া হয় ত্বকের কোন অনাক্রান্ত এলাকা—যেমন পুরোবাহুর ভাঁজ-হওয়া তল কিংবা দুই স্ক্যাপুলার অন্তর্বর্তী স্থল। সন্দেহজনক বস্তুটি যদি তরল কিংবা দ্রবণীয় হয় সেক্ষেত্রে পরীক্ষণীয় দ্রাব্যের গাঢ়ত্ব এমন হতে হবে যাতে উপদাহ সৃষ্টি না হয়। সন্দেহজনক ক্ষেত্রে যথেষ্ট পরিমাণে লঘুকৃত করাই শ্রেয়। পদার্থটি কঠিন হলে, যেমন কোন লতাগুল্মের পাতা হলে সেটি সরাসরি প্রয়োগ করা যেতে পারে—যদি প্রত্যক্ষভাবে উত্তেজক না হয়। $\frac{1}{2}$ ইঞ্চি পরিমাপের চৌকা একটি পরিস্রাবক কাগজের টুকরো পরীক্ষাধীন পদার্থের দ্রাব্যে সম্পৃক্ত করে নিতে হবে এবং সেটি 2″ ইঞ্চি চৌকা একটি সেলোফেন কাগজে ঢেকে দিতে হবে; এরপর ঐ টুকরোটি একটি আসঞ্জক পটি দ্বারা ত্বকের উপর আটকে দেওয়া হয়। 48 ঘণ্টা পরে পটিটি তুলে ফেলে পরীক্ষার ফলাফল বিশ্লেষণ করতে হবে। আরও 48 ঘণ্টা পরে পরীক্ষাস্থলটি দ্বিতীয়বার বিশ্লেষণ করা উচিত এই কারণে যে কখনো কখনো বিলম্বিত প্রতিক্রিয়া হওয়াও সম্ভব। ফলাফল লিপিবদ্ধ করা হয় নিম্নোক্ত পদ্ধতিতে: O= কোন প্রতিক্রিয়াই হয়নি; + = রক্তিমা; ++ = রক্তিমা ও শোথ; +++ = পিড়কা; ++++ = সজল ফুসকুড়ি। এর চেয়েও উগ্রতর প্রতিক্রিয়া হওয়া সম্ভব। যদি খুব বেশি উপদাহ হতে থাকে সেক্ষেত্রে চাপড়াটি আরও আগে তুলে ফেলা দরকার। এই চাপড়া-পরীক্ষার সঠিক ব্যাখ্যা করতে যথেষ্ট অভিজ্ঞতার প্রয়োজন। প্রকৃত অস্তিবাচক প্রতিক্রিয়ার অর্থ হল ঐ ব্যক্তি পরীক্ষিত পদার্থের প্রতি অ্যালার্জিপ্রবণ বা অতিসংবেদী। লক্ষণ ও নিদর্শনগুলি যদি সেই দিকেই অঙ্গুলি নির্দেশ করে সেক্ষেত্রে পরীক্ষিত পদার্থটিকে চর্মপ্রদাহের কারণ হিসাবে ধরে নিতে হবে। নাস্তিবাচক ফল কিন্তু সব সময় সন্দেহজনক পদার্থটিকে নির্দোষী বলে গণ্য করেনা, কারণ তাতে উন্মুক্ত হওয়ার প্রক্রিয়াটি উভয় ক্ষেত্রে একই রকম নাও হয়ে থাকতে পারে।

রোগ নির্ণয়ঃ চর্ম-প্রদাহের কারণগুলি প্রায়শই বিশদ অনুসন্ধান সাপেক্ষ। পেশাগত যে বিপজ্জনক ঝুঁকিতে রোগী উন্মুক্ত হন তার সঠিক প্রকৃতি নির্ধারণও আবশ্যিক। এর জন্যে তাঁর কর্মস্থল পরিদর্শন এবং প্রয়োজনে কারখানার ম্যানেজারের সঙ্গে আলোচনা করা দরকার হতে পারে। বাসগৃহে যে-সব পদার্থ নাড়াচাড়া করা হয়, বিশেষ করে পরিষ্কারক, নির্বীজক, গাছ-গাছালি, পরিধেয় এবং অঙ্গরাগ ইত্যাদি, সেগুলিও বিবেচনাযোগ্য (চিত্র 184)। রোগীর শখগুলি—যেমন ফোটোগ্রাফী, বাগান করা ইত্যাদি সম্পর্কেও খবর নিতে হবে। এমনও হতে পারে যে তিনি নিজেই নিজের চিকিৎসা করতে গিয়ে হয়তো চর্ম-প্রদাহের প্ররোচনা দিয়েছেন অথবা রোগটিকে দীর্ঘস্থায়ী হতে সাহায্য করেছেন। যে-সময় এবং দেহের যে-এলাকায় স্ফোটকোদ্গম হয়েছে তার সঙ্গে প্ররোচক পদার্থে উন্মুক্ত হওয়ার সময় ও পদ্ধতির সামঞ্জস্য আছে কি না জানতে পারলে কারণটি খুঁজে বের করা সম্ভব।

পেশাগত চর্ম-প্রদাহ কোন দক্ষ কর্মীর অর্থনৈতিক অবস্থার পক্ষে প্রচণ্ড ক্ষতিকর হতে পারে, তাই যুক্তিপূর্ণভাবে নিঃসন্দেহ না হলে উৎপত্তির কারণটি ঘোষণা করা উচিত নয়। নিম্নোক্ত নীতিগুলি অনুসরণ করলে বহু বিভ্রান্তি এড়িয়ে যাওয়া যায়ঃ (i) দেহের যে-এলাকার সঙ্গে অভিযুক্ত কারণটির সর্বাধিক সংস্পর্শ ঘটেছে, প্রদাহের সূত্রপাত হয় সেখানেই। (ii) পদার্থটি যে-ধরনের প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি করে বলে জানা আছে, ত্বকের প্রতিক্রিয়া হয়েছে একই রকম। (iii) প্ররোচক পদার্থ বা পরিবেশ থেকে সরে এলে অবস্থার (প্রদাহের) উন্নতি হয়, পুনরায় উন্মুক্ত হলে পুনরাক্রমণ ঘটে। (iv) কোন সংবেদ্যতা সৃষ্টিকারকের উপস্থিতি সন্দেহ হলে "চাপড়া পরীক্ষায়" অস্তিবাচক ফল পাওয়া যাবে (চিত্র 185)। অবশ্য এই সাধারণ নীতিগুলির ব্যতিক্রমও আছে। উদাহরণ হিসাবে বলা যায়, কোন কোন প্রকৃতির সংবেদকরণজাত চর্ম-প্রদাহ (যেমন গাছ-গাছালি ও অ্যান্টিবায়োটিক জাত প্রদাহ) প্রথম দিকে হাতদুটিকে রেহাই দিয়ে আক্রমণ করে অক্ষিপল্লব ও মুখমণ্ডলকে (চিত্র 186); অপরদিকে পেশাগত যে অবস্থায় রোগী সংবেদকারকের প্রতি উন্মুক্ত হন, ঠিক সেই অবস্থা পুনঃসৃষ্টি করতে না পারার জন্যে "চাপড়া পরীক্ষার" ফল নাস্তিবাচক হওয়া সম্ভব।

উৎপত্তিঃ অটুট এবং সুস্থ শৃঙ্গস্তর ত্বককে রক্ষা করে। মীনচর্মিকা,

বয়সের পরিবর্তন এবং রাসায়নিক পরিষ্কারক, সাবান, তৈল-দ্রাবক ইত্যাদি পদার্থ কিংবা বারবার আঘাত প্রাপ্তি—এ-সবই ত্বকের ব্যাধি-সংবেদ্যতা বাড়িয়ে দেয়।

পূর্বাভাস নির্ভর করে নিম্নোক্ত অবস্থাগুলির উপর : (i) শুরুতেই পর্যাপ্ত চিকিৎসা ; (ii) সংবেদকারক এজেন্টটিকে চেনা এবং দূর করা ; (iii) কাজে যোগদানের অনুমতি দেওয়ার আগে, নিরাময় ও পুনর্বাসন কালে ত্বকের ক্রিয়াকলাপের সার্বিক পুনরুদ্ধার ; (iv) বয়স : বয়স্কদের নিরাময় হয় মন্থর গতিতে ; (v) আবেগ : শুরুতে বহিঃস্থ কোন এজেন্ট দ্বারা প্ররোচিত একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ পরবর্তীকালে সেই প্ররোচকে উন্মুক্ত না হয়েও বারবার দেখা দিতে কিংবা দীর্ঘস্থায়ী হতে পারে ; লক্ষণ ও নিদর্শন-গতভাবে অবস্থাটি তখন ধীরে ধীরে স্নায়বিক চর্ম-প্রদাহে রূপান্তরিত হয়।

চিকিৎসা : ব্যাপক এলাকায় প্রদাহ হলে অল্প কিছুদিন শয্যাশায়ী থাকা বাঞ্ছনীয়। সম্পূর্ণ নিরাময় না হওয়া পর্যন্ত দিনে দুবার 30 মিলিগ্রাম ফিনোবারবিটোন অথবা প্রশান্তিকারক অন্য কোন ওষুধ চালিয়ে যেতে হবে। বারবার আশ্বাস দিয়ে এবং কর্মক্ষমতাহানি জনিত সমস্যাগুলি আলোচনার সুযোগ দিয়ে রোগীকে যথেষ্ট সাহায্য করা যায়। সুনিদ্রার জন্যে দিতে হবে 3-6 গ্রেন সোডিয়াম অ্যামাইলোবারবিটোন। তীব্র সংবেদকারক চর্ম-প্রদাহে অল্প কিছুদিন এক দফা কর্টিকোস্টেরয়েড প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়। স্থানীয় চিকিৎসা : তীব্র ক্ষরণশীল পর্যায়ে নরম্যাল সেলাইনের সেঁক এবং লোশিও ক্যালামিনা ওলিয়োসা অথবা সম পরিমাণ চুণের জল ও অলিভ তেল মিশিয়ে প্রলেপ দিতে হবে। তীব্র স্থানীয় প্রতিক্রিয়ায়, বিশেষত যদি তা মুখে হয়, শতকরা $\frac{1}{2}$-1 ভাগ হাইড্রোকর্টিসোন মলম অথবা লোশন রূপে প্রয়োগ করা যায়। অনতিতীব্র পর্যায়ে ক্রেমর জিঙ্কাই[1]-এর সঙ্গে শতকরা 2 ভাগ ইকথাইমল মিশিয়ে লাগানো যায়। আর দীর্ঘস্থায়ী ক্ষেত্রে দেওয়া উচিত জিঙ্ক মলমে শতকরা 4-8 ভাগ লাইকর পিসিস কার্বনিস মিশিয়ে তারই প্রলেপ। ত্বক যদি অবিচলভাবে পুরু ও শক্ত হয়ে থাকে সেক্ষেত্রে অল্প মাত্রায় এক্স্-রশ্মি প্রয়োগ করা যেতে পারে।

1. Cremor zinci

2. **শৈশবের একজিমা** (অতিসংবেদ্যতা জনিত একজিমা ; বেসনিয়ার বর্ণিত কণ্ডুতি) :

ল ক্ষ ণ : শতকরা 75টি ক্ষেত্রেই শৈশবের একজিমা শুরু হয় প্রথম তিন মাস বয়সে, প্রধানত কপোলে—নাক আর মুখের কেন্দ্রস্থল বাদ দিয়ে। সাধারণত করোটি-চর্ম আক্রান্ত হয়না, তবে মাঝে মাঝে মুখে একজিমা দেখা দেওয়ার আগেই ঘর্মমেদস্রাবী প্রদাহ জনিত শল্কাকার মামড়িযুক্ত করোটি-চর্মের আবির্ভাব ঘটে। কপোলের বিকার-নিদর্শন হল রক্তিমা, ক্ষরণ ও মামড়ি, যা পরে হাত-পায়ের বহির্বিস্তারী তলে ছড়িয়ে পড়ে। 6 থেকে 18 মাস বয়সে জানুর পিছনে ও কনুই-এর সামনে অবনমিত অংশ (popliteal and cubital fossa) এবং গ্রীবার দুইপাশ আক্রান্ত হয়ে পড়ে, আর মুখের ক্ষতটি পরিষ্কার হয়ে আসে। শৈশবের এই একজিমার গতি-প্রকৃতি বিভিন্ন ধরনের। সাধারণত শীতের মাসগুলিতে খুব বেড়ে যায়। দাঁত ওঠার সময় এবং পেটের গোলমালেও বৃদ্ধি পেতে পারে। গৃহ-পরিবেশ অসন্তোষ-জনক হলে একজিমা উগ্রতর রূপ নিয়ে চলতেই থাকে।

তৃতীয় বর্ষ থেকে একজিমাটি বেসনিয়ার বর্ণিত ত্বক কণ্ডুতির[1] রূপ নিতে পারে। দেহের ভাঁজ-হওয়া এলাকায়, বিশেষ করে জানুর পিছনে ও কনুই-এর সামনে অবনমিত অংশে ত্বক শক্ত ও পুরু হয়ে যায়। এছাড়া গ্রীবার পার্শ্বদেশ, মুখ এবং হাতদুটিও আক্রান্ত হতে পারে। তবে শৈশবের সেই ক্ষরণশীল চরিত্রের পুনরাবির্ভাব আর হয়না। ত্বক পুরু ও শক্ত হয়ে যাওয়ার কারণ প্রচণ্ড উপদহনের সময় আঁচড়ানি। রোগীরা মনে করেন, শ্রান্তি ও আবেগের চাপের সঙ্গে পুনরাক্রমণের কোন সম্পর্ক আছে, যদিও অন্য কারণও থাকতে পারে।

শৈশবের একজিমায় আক্রান্ত শতকরা 50টি শিশু বছর 13 বয়সে বেসনিয়ার বর্ণিত কণ্ডুতিতে আক্রান্ত হয়। এই চুলকানি সবচেয়ে উগ্র হয় মেয়েদের 13 থেকে 15 এবং ছেলেদের 18 থেকে 20 বছর বয়সে ; এর পর কমে আসে, অন্তত কিছু রোগীর ক্ষেত্রে আগের মত ঘন ঘন আর হয়না। শৈশবের একজিমাক্রান্ত শতকরা 50টি শিশুর হাঁপানি হওয়ার সম্ভাবনা থাকে, তবে যাদের একজিমা দীর্ঘকাল ধরে চলছে সব সময় তারাই যে

1. কণ্ডুতি-চুলকানি

আক্রান্ত হবে এমন কোন স্থিরতা নেই। শতকরা 10 জনের হয় তৃণজ্বর।

উ ৎ প ত্তি : জনসংখ্যার শতকরা 5-7 জনের সহজাত দৈহিক অবস্থা বিশেষ ধরনের চর্ম-প্রতিক্রিয়ার অনুকূল বলে প্রমাণিত হয়েছে। কোকা (coca) এর নাম দিয়েছেন অতি-সংবেদ্যতা (atopy)। কিন্তু অভিধাটি যথেষ্ট ভাসাভাসা। অতি-সংবেদ্যতা একটি জন্মগত অবস্থা। অতি-সংবেদী মানুষটির দেহে খাদ্য বা নিঃশ্বাসের সঙ্গে গৃহীত অ্যান্টিজেনের বিরুদ্ধে এক বিশেষ ধরনের বিরোধী-পদার্থের উদ্ভব হয়। তাকে বলা হয় রিয়াজিন (reagins)। অন্তস্তক অথবা আঁচড় পরীক্ষার সঙ্গে সঙ্গে অচিরে চক্রাকার স্থানীয় শোথের (wheal) উদ্ভব থেকে এই বিরোধী-পদার্থের উপস্থিতি প্রমাণ করা যায়। অতি-সংবেদী ছোট্ট শিশুরা বহু খাদ্যবস্তুতেই এই ধরনের অস্তি-বাচক প্রতিক্রিয়া প্রকাশ করে, কিন্তু 13 বছরের পর প্রতিক্রিয়া সৃষ্টিকারী খাদ্যবস্তুর সংখ্যা কমে গিয়ে শ্বাসের সঙ্গে গৃহীত পদার্থের সংখ্যা বৃদ্ধি পায়। রিয়াজিন-এর উপস্থিতির বিশেষ কোন লক্ষণ ও নিদর্শনগত তাৎপর্য নেই; এমনকি যেখানে ডিমের সাদা অংশের মত বিশেষ কোন খাদ্য গ্রহণের ফলে ঠোঁট ফুলে যায়, আম্বাতের উদ্ভব হয় বা আন্ত্রিক গোলযোগ প্রকাশ পায়, সেখানেও সরাসরি একজিমার প্ররোচনা দেয়না। কাজেই শৈশবের একজিমাতে ত্বকের প্রতিক্রিয়া পরীক্ষার কোন ব্যবহারিক মূল্য নেই।

অনাক্রম্যতা সংক্রান্ত এই ব্যতিক্রম ছাড়াও অতি-সংবেদ্যতার বিশেষত্ব হিসাবে আরও কিছু অস্বাভাবিক প্রতিক্রিয়া লক্ষ্য করা গিয়েছে। ত্বকের রক্তনালী সংক্রান্ত প্রতিক্রিয়াটিও অস্বাভাবিক। আঁচড়ানো ও ঘর্ষণের ফলে ত্বক দ্রুত শক্ত ও পুরু হয়ে যায়; প্রায়ই উপস্থিত থাকে ত্বকশুষ্কতা ও মীনচর্মিকা। অতি-সংবেদী ব্যক্তিটি হন আবেগচঞ্চল। এঁদের মস্তিষ্কের বৈদ্যুতিক তরঙ্গলেখ পর্যালোচনা করে দেখা গিয়েছে, বেশ উচ্চ হারে মৃগী-রোগের মত চিত্র পাওয়া যাচ্ছে যা আগে সন্দেহ করা যায়নি। কিছু কিছু সংক্রমণে—যেমন সাধারণ হারপিসে এবং গো-বসন্ত বা টীকাজাত স্ফোটকে (ভ্যাকসিনিয়াতে) প্রতিক্রিয়া হয় অ-সাধারণ (§§ 675, 677)। এই অতি-সংবেদ্যতা এবং শৈশবে চোখে ছানি পড়ার মধ্যেও কিছু সম্পর্ক আছে। অতি-সংবেদী ব্যক্তির অ্যালার্জি ঘটিত চর্ম-প্রদাহের প্রতি বিশেষ কোন প্রবণতা দেখা যায়না, কিন্তু কিছু কিছু ওষুধের প্রতি অতি-সংবেদ্যতার অনুরূপ বিপজ্জনক প্রতিক্রিয়া ঘটে থাকে।

শারীরিক আঘাতে শৈশবের একজিমা হয় শুধু অতি-সংবেদী শিশুদের। নবজাতকদের সজোরে পরিষ্কার করার চেষ্টায়, সাবানে এবং অনুপযোগী অনুলেপনে, উষ্ণতার দ্রুত পরিবর্তনে এবং স্বেদ ক্ষরণে কিংবা পশমের সংস্পর্শে প্রাথমিকভাবে ত্বকে এমন কিছু পরিবর্তন ঘটে যা ঘর্ষণ এবং আঁচড়ানোর ফলে স্থায়িত্ব লাভ করে। বহু পরস্পরবিরোধী মতামত সত্ত্বেও মনে হয়, শৈশবের একজিমায় অ্যালার্জির ভূমিকা সম্পর্কে অনাবশ্যক জোর দেওয়া হচ্ছে। শৈশবে এবং বয়ঃসন্ধিকালে যে ধরনের চর্মরোগ হয় সেগুলির স্থায়িত্বের ব্যাপারে এবং পুনরাক্রমণের ক্ষেত্রে প্রধান গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হল শারীরিক ও মানসিক অবস্থা।

চি কি ৎ সা : শিশুর পিতামাতাকে অতি-সংবেদ্যতা (atopic state) সম্পর্কে কিছু ধারণা দেওয়া উচিত এবং এর চিকিৎসার ব্যাপারে যে দীর্ঘমেয়াদী নীতি গ্রহণ করা হবে তাও তাঁদের জানানো প্রয়োজন। ঘন ঘন চিকিৎসক ও চিকিৎসা বদল করে সুবিধা হয়না এবং দ্রুত নিরাময়ও সম্ভব নয়। শিশুর প্রয়োজন আবেগ এবং শরীরের দিক থেকে শান্ত ও বিশ্রামরত পরিবেশ। খাদ্যের কোন পবিবর্তনের দরকার হয়না, তবে ওজন বেশি থাকলে চিনি নিয়ন্ত্রণ করা উচিত। হাসপাতালে হাতে-কলমে পরীক্ষা দ্বারা যদি কোন বিশেষ খাদ্যবস্তু একজিমা স্থায়ী হওয়ার ব্যাপারে প্ররোচক বলে প্রমাণিত না হয়ে থাকে, সে-রকম ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ খাদ্য-উপাদান বাদ দেওয়া অযৌক্তিক। এক্ষেত্রে শিশুর প্রয়োজন প্রশান্তি, তার জন্যে ক্লোরাল বা ফিনোবারবিটোন ব্যবহার করা যায়। সাবান যথাসম্ভব কম ব্যবহার করা উচিত ; গা পরিষ্কার করার জন্যে অ্যারাচিসের তেল মাখানো যেতে পারে। আনুষঙ্গিক সংক্রমণ হলে ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন মলম প্রয়োগে তা নিয়ন্ত্রণ করা যাবে। তীব্র এবং নমনীয় একজিমাতে সাময়িক উপশমকারী হিসাবে শতকরা 0·01 ভাগ ট্রায়ামসিনোলোন মলম বেশ ফলপ্রসূ প্রমাণিত হয়েছে। পরবর্তী কালে শতকরা 8 ভাগ লাইকর পিসিস কারবনিস কিংবা শতকরা 5 ভাগ অশোধিত আলকাতরামিশ্রিত জিঙ্ক- মলম এখনও পর্যন্ত মূল্যবান ওষুধ হিসাবে গণ্য। যদি অবিচল আঁচড়ানো নিরাময়ের প্রতিবন্ধক হয় সেরকম ক্ষেত্রে হাত বা পাদুখানি শক্ত পিজবোর্ড কিংবা হালকা প্লাস্টিকের অনড়ফলকের (splint) সঙ্গে বেঁধে রাখতে হবে এবং মুখখানি ঢেকে রাখতে হবে মুখোস দিয়ে। সংক্রমণে উন্মুক্ত হওয়ার প্রবল সম্ভবনা না থাকলে

অতি-সংবেদী শিশুকে বসন্তের টীকা দেওয়া উচিত নয়। ডিপথিরিয়া ইত্যাদির টীকা দিতে আপত্তি নেই। একটু বড় শিশুদের বেসনিয়ার বর্ণিত চুলকানি একই রকম সমস্যা সৃষ্টি করে। এরকম ক্ষেত্রে প্রশান্তিকারক ওষুধে উপকার পাওয়া যায়। সবচেয়ে কার্যকর প্রলেপ হল আলকাতরা। চিকিৎসায় সাড়া পাওয়া বহুলাংশে নির্ভর করে বোদ্ধা পিতামাতার সচেতন সহযোগিতার উপর।

3. **মুদ্রাকৃতি একজিমা** সর্বাঙ্গীণ একজিমার একটি সাধারণ রূপ।

ল ক্ষ ণ : এর বিশেষত্ব হল মুদ্রাকৃতি ফলক। কিশোরী এবং তরুণী মেয়েদের হাতে ও পুরোবাহুর পিছন দিকে এরকম একটি কিংবা অনেকগুলি ফলকের উদ্ভব হয়ে থাকে। ছেলেদের কমই হয়। একটি হাত আক্রান্ত হতে পারে এবং সহজেই পুনরাক্রমণ ঘটে। বয়স্ক ব্যক্তিদের বাহু ও পায়ের বহির্বিস্তারী তলে, কখনোবা দেহকাণ্ডে, বিশেষ করে পিঠে ও কাঁধে ফলক দেখা দিতে পারে অসংখ্য। উপদাহ হয় প্রচণ্ড। শীতকালে ঘন ঘন আক্রমণ ঘটে।

রো গ নি র্ণ য় : একটি মাত্র ফলকবিশিষ্ট এই একজিমার সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে বলয়কীট সংক্রমণ বা দাদের।

উ ৎ প ত্তি : মুদ্রাকৃতি এবং অন্যান্য সর্বাঙ্গীণ একজিমার প্রকোপ সবচেয়ে বেশি হয় বয়ঃসন্ধিকাল থেকে 25 বছর বয়স পর্যন্ত এবং পঞ্চাশ থেকে ষাটের মধ্যে। অল্পবয়সীদের ক্ষেত্রে বহির্বস্তু—যেমন বাসগৃহের জঞ্জাল, এবং বয়স্কদের ক্ষেত্রে ঠাণ্ডা শুকনো হাওয়া ও পশমের জামাকাপড় এই একজিমার প্ররোচক হিসাবে কাজ করে; তবে অধিকাংশ স্থলেই কোন বহিরাগত প্ররোচক চিহ্নিত করা যায়না। আবেগ প্রসূত চাপের গুরুত্ব নিশ্চয়ই আছে, কিন্তু তার পূর্ণ ব্যাখ্যা আজও করা যায়নি।

চি কি ৎ সা একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহের মতই। শতকরা 8 ভাগ লাইকর পিসিস কারবনিস এবং শতকরা 1·5 ভাগ ভায়োফর্ম ক্রীম জিঙ্ক-মলমের সঙ্গে মিশিয়ে প্রয়োগ করার পর সংরক্ষক পটি জড়িয়ে রাখতে হবে।

4. **সংক্রামক একজিমার** উদ্ভব হয় সংক্রমিত ত্বকে ঘর্ষণ, ক্ষত, ফাটল কিংবা ক্ষরণশীল সাইনাস থেকে। রক্তিমাভ, আর্দ্র এবং সুস্পষ্ট সীমান্ত-বিশিষ্ট এই একজিমাগুলি। ক্ষরণশীল উপরতলে মামড়ি পড়তে পারে অথবা

পুঁজ জমতে পারে ; দীর্ঘস্থায়ী হলে উপরে পুরু শক্ত দিয়ে ঢাকা থাকাও সম্ভব। বিশেষ করে ডায়াবিটিস রোগীদের যৌনাঙ্গে এক ধরনের তীব্র একজিমার আবির্ভাব ঘটে। পায়ে রক্তবদ্ধতা জনিত ক্ষতের চতুর্দিকে অথবা কানের পিছনে ফাটল থেকে করোটি-চর্মে সম্প্রসারিত এক ধরনের দীর্ঘস্থায়ী রূপও দেখা যায়। শিশুদের মলদ্বারের চতুর্দিকে একজিমার উপস্থিতি সূতাক্রিমির ইঙ্গিত।

রো গ নি র্ণ য়ঃ পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে মনিলিয়া সংক্রমণ, ঘর্ম-মেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ এবং চর্মরোগের অতি-চিকিৎসা জনিত ক্ষতের সঙ্গে।

চি কি ৎ সাঃ উৎপত্তিগত কারণের চিকিৎসা করার পরও একজিমা যদি তীব্র রূপ নেয় সেক্ষেত্রে 1:5,000 ভাগ পটাস পারমাঙ্গানেট লোশন দিয়ে সেঁক দিতে হবে। পরবর্তীকালে এবং অনতিতীব্র অবস্থার সূচনায় ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন বা নিয়োমাইসিন মলম এককভাবে অথবা শতকরা এক ভাগ হাইড্রোকর্টিসোন অ্যাসিটেট মলমের সঙ্গে একত্রে প্রয়োগ করা উচিত। ভায়োফর্ম ক্রীম কার্যকর হয় দীর্ঘস্থায়ী অবস্থায়, বিশেষ করে শিশুদের ক্ষেত্রে ; পায়ের নিম্নাংশের একজিমায় প্রয়োগ করলে উপদাহ হতে পারে।

672. II. বিস্বিকা (pompholyx) হচ্ছে করতলে ও আঙুলের পাশে, বিরলতর ক্ষেত্রে পদতলে এক ধরনের সজল ফুসকুড়ি জাতীয় স্ফোটক।

ল ক্ষ ণঃ বিস্বিকা হয় বিশেষ করে বয়ঃসন্ধিকালে ও তরুণদের ; শিশুদেরও হতে পারে। রোগটি বেশি হয় গরম আবহাওয়ায় এবং তার আগে বা সঙ্গে হয় উপদাহ, হয়তো প্রচণ্ড উপদাহ। মৃদু ধরনের রোগে সাময়িক সজল ফুসকুড়িগুলি শুধু করাঙ্গুলির পাশে সীমাবদ্ধ থাকে। উগ্রতর রূপ নিলে সেগুলি করতলে ও পদতলে ছড়িয়ে পড়ে, পরস্পর সংযুক্ত হয়ে বৃহৎ ফোস্কায় পরিণত হয় এবং দ্রুত সংক্রমিত হয়ে পড়ে। নিরাময় হয় শল্কমোচনের পর, কিন্তু প্রায়ই পুনরাবির্ভাব ঘটে।

এ-রোগের তিনটি গোষ্ঠিকে চিনে নেওয়া দরকার। (i) সবচেয়ে সাধারণ রূপটি প্রায় অবধারিতভাবে সমহারে বিন্যস্ত, আক্রান্ত হন স্নায়ু-পীড়িতরা, শ্রান্তি অথবা আবেগের চাপে কিংবা অজ্ঞাত কারণে। একই সঙ্গে ত্বকের অন্যান্য অংশে অতি-সংবেদ্যতা জনিত প্রদাহ অথবা ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ হতে পারে। (ii) পায়ে প্রদাহমূলক বলয়কীট সংক্রমণের

তীব্র পর্যায় চলতে থাকা কালে (শুধু অন্তর্লীন সংক্রমণ নয়) অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া হিসাবে আঙ্গুলের পাশে সমভাবে বিন্যস্ত সজল ফুসকুড়ি দেখা দিতে পারে। হাতের ত্বক কিন্তু ছত্রাক-সংক্রমিত হয়না এবং পায়ের পর্যাপ্ত চিকিৎসা করলে হাতের বিস্বিকাগুলি সেরে যায়। (iii) বহির্বস্তু জাত একজিমা ঘটিত চর্ম-প্রদাহ যদি করতলে ও পদতলে উদ্ভব হয় সেরকম ক্ষেত্রে বিস্বিকা হতে পারে; তবে একই সঙ্গে হাত বা পায়ের পিছনদিকের সংলগ্ন ত্বক আক্রান্ত না হলে সাধারণত এরকম ঘটনা ঘটেনা।

রো গ নি র্ণ য়: করতলে বলয়কীট সংক্রমণ স্থানীয় সজল ফুসকুড়ির বিরল কারণ। এগুলি সাধারণত একটি হাতেই সীমাবদ্ধ থাকে। রোগ নির্ণয় করতে হবে স্ফোটকের বিস্তারশীল কিনারার চাঁচিতে ছত্রাক-তন্তুর উপস্থিতি থেকে। করতলে, বিশেষ করে অঙ্গুষ্ঠমূলে ঝাঁকবদ্ধ ছোট ছোট পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে।

চি কি ৎ সা: তীব্র সজল ফুসকুড়ির পর্যায়ে হাতটি দিনে দুবার নরম্যাল সেলাইনে ভিজিয়ে, নির্বীজ কাঁচি দিয়ে ফোস্কাটি উন্মুক্ত করার পর তৈলাক্ত ক্যালামিন লোশনসিক্ত পটি দিয়ে জড়িয়ে রাখতে হবে। অনতিতীব্র পর্যায়ে রাত্রিকালে শতকরা 4-8 ভাগ লাইকর পিসিস কারবনিস এবং দিনের বেলা অ্যাকোয়াসাম মলম লাগানো যেতে পারে। আনুষঙ্গিক সংক্রমণ থাকলে বিধিমত সালফোনামাইড কিংবা অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ করতে হবে। উপদাহ কমানো এবং পুনরাক্রমণ নিবারণের জন্যে ফিনোবারবিটোন (30 মিলিগ্রাম দিনে দুবার) অথবা বেলেডোন্নাল (একটি ট্যাবলেট দিনে তিনবার) দেওয়া যেতে পারে। স্নায়বিক দুর্বলতায় প্রশান্তিকারক ওষুধের ভূমিকা মনে রাখা দরকার।

§ 673. III. **ঘামাচি ও ঘর্মস্ফোটক** (miliaria): নাতিশীতোষ্ণ এবং গ্রীষ্মমণ্ডলীয় আবহাওয়ায় দেহে ঘাম জমে যাওয়ার যথেষ্ট গুরুত্ব আছে। লক্ষণ ও নিদর্শনগত নানা রকম অভিব্যক্তি বহুলাংশে নির্ভর করে স্বেদ-ক্ষরণনালীগুলি কি পরিমাণে অবরুদ্ধ হয়েছে তারই উপর। সুদামিনা (sudamina) বা ঘামাচিতে উপরতলের স্বচ্ছ জলভরা ফুসকুড়িগুলি কয়েক-দিন কিংবা বড়জোর এক-দুদিন টিঁকে থাকে। এগুলি সাধারণত দেখা যায় শিশুদের তীব্র জ্বর অবস্থায়। এক্ষেত্রে ঘাম জমে থাকে ত্বকের শৃঙ্গস্তরের ঠিক

নিচে। **মিলিয়ারিয়া রুব্রা বা ঘর্মস্ফোটক :** যে-সব এলাকায় পরিধেয়ের ঘর্ষণ লাগে সেখানে বারবার ঝাঁকে ঝাঁকে বিযুক্ত পিড়কা ও সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়। এক্ষেত্রে অবরোধ ঘটে ত্বকের গভীরে, ঘাম জমে উপত্বকের মধ্যে। গভীরে অবস্থিত মিলিয়ারিয়া প্রোফাণ্ডাতে (miliaria profunda) স্বেদ ক্ষরণ হয়না বলে দেহের তাপ নিয়ন্ত্রণ বিঘ্নিত হয় এবং উষ্ণমণ্ডলীয় জলাভাব জনিত দুর্বলতা সৃষ্টি হয় (§ 510, ii)। বারবার ঘামাচির আক্রমণের পর ঘাম জমে যায় অন্তস্তকে।

সমস্ত রকম ঘামাচির একমাত্র চি কি ৎ সা হল এমন কোন শীতল এলাকায় চলে যাওয়া যেখানে স্বেদ ক্ষরণ কমে যাবে। অনুত্তেজক কোন প্রলেপ লাগালে উপকার হতে পারে এবং সাবান ও স্পিরিট পরিহার করতে হবে।

§ 674. IV. **ইমপেটিগো বা চর্মদল** হচ্ছে ত্বকের উপরতলে পুঁজ সৃষ্টিকারী সংক্রমণ।

বহুকাল ধরে এ-রোগের স্ট্যাফাইলোকক্কাস ও স্ট্রেপটোকক্কাস ঘটিত রূপটি চিহ্নিত করা ছিল এবং হয়তো তার যৌক্তিকতাও ছিল ; কিন্তু বর্তমানে অনুসন্ধানে জানা গিয়েছে যে ঘটনা তা নয়, কারণ যে-কোন বীজাণু প্রাথমিকভাবে এর জন্যে দায়ী হোক না কেন, খুব তাড়াতাড়ি আনুষঙ্গিক সংক্রমণ হয়ে থাকে। ইমপেটিগোর উভয়বিধ প্রকৃতিতেই স্ট্যাফাইলোর মুখ্য ভূমিকা অনস্বীকার্য, কিন্তু বীজাণু-বিশ্লেষক পরীক্ষার নবতর পদ্ধতি অনুসারে তাদের বিশেষ কোন কোন গোত্রই (strain) এর জন্যে দায়ী বলে প্রমাণিত হয়েছে।

সংক্রামক ইমপেটিগো প্রধানত হয় শিশুদের—মুখে, গ্রীবাদেশে এবং করোটি-চর্মে। রক্তিমাক্রান্ত জমিনের উপর উদ্ভব হয় খুব পাতলা দেয়াল-বিশিষ্ট সজল ফুসকুড়ি। এগুলির প্রান্তদেশ বিস্তারশীল, কিন্তু কেন্দ্রটি ফেটে যায় ; সেখান থেকে সিরাম নিঃসৃত হয়ে পীতাভ-বাদামী মামড়ি পড়ে এবং মামড়ি সেখানেই আটকে থাকে। স্থানীয়ভাবে লসিকা-গ্রন্থি-প্রদাহ হতে পারে বটে, কিন্তু জ্বর হওয়া বিরল ঘটনা। স্বাভাবিক ত্বকে যেমন সংক্রমণ হতে পারে, তেমনি হতে পারে উকুন রোগের, পাঁচড়ার কিংবা অন্যান্য চর্মরোগের উপসর্গ হিসাবে। এ-রোগের আবির্ভাব ঘটে প্রধানত শরতে

এবং শীতের মাসগুলিতে।

ফোস্কারূপী ইমপেটিগো হয় একটু বড় শিশুদের এবং প্রাপ্তবয়স্কদের। এগুলি দেখতে পরিষ্কার টানটান ফোস্কার মত, মধ্যে পুঁজ জমতে পারে। ফোস্কাগুলি জোটবদ্ধ হয়ে চক্রাকার ইমপেটিগোর রূপ নিতে পারে। জ্বর বিরল। উৎপত্তি স্ট্যাফাইলোকক্কাস সংক্রমণ থেকে; সাধারণত হয় গ্রীষ্মে।

নবজাতকদের ফোস্কারূপী ইমপেটিগোর কারণ স্ট্যাফাইলো সংক্রমণ। প্রাথমিক স্ফোটকগুলি দেখা দিতে পারে গ্রীবার পার্শ্বদেশে অথবা অন্যান্য ভাঁজ-হওয়া এলাকায়। ফোস্কাগুলি ব্যাপক এলাকায় ছড়িয়ে পড়লেও সিফিলিসের ফোস্কাযুক্ত গুটির মত করতল ও পদতলের প্রতি পক্ষ-পাতিত্ব লক্ষ্য করা যায়না।

উ ৎ প ত্তি : এ-রোগের সীমিত মহামারী দেখা যায় শিশু-আবাস-গুলিতে এবং খোঁজ করলে ধরা পড়ে সংক্রমণের উৎস সম্ভবত কোন সেবিকা বা ধাত্রী। সাধারণত মহামারী দেখা দেয় গ্রীষ্মকালে।

রাইটার (Ritter) **বর্ণিত ব্যাধি** হচ্ছে সর্বাঙ্গে ফোস্কারূপী ইমপে-টিগোর সার্বিক শল্কমোচনশীল অবস্থা। অ্যান্টিবায়োটিক আবিষ্কারের আগে রোগটি প্রায়ই জীবনান্তক হোত।

চি কি ৎ সা : প্রথমে খুঁজে দেখতে হবে মুখ ছাড়া অন্যত্র পাঁচড়া কিংবা উকুন রোগ আছে কি না। সংক্রামক ইমপেটিগো ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন কিংবা নিয়োমাইসিন মলম প্রয়োগে দ্রুত উপশম হয়। এক্ষেত্রে পেনিসিলিন কিংবা সালফোনামাইড মলমের সুপারিশ করা হয়না কারণ এগুলিতে সংবেদকারক চর্ম-প্রদাহ সৃষ্টির আশঙ্কা থাকে। উগ্র ধরনের লসিকা-গ্রন্থি-প্রদাহ থাকলে মুখ দিয়ে কিংবা ইনজেকসন মারফৎ অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ করা উচিত। ইমপেটিগোর ফোস্কাগুলিও অ্যান্টিবায়োটিক প্রলেপে উপশম হয়; বিকল্পে ফোস্কাগুলি উন্মুক্ত করে জল মিশ্রিত শতকরা এক ভাগ জেনসিয়ান ভায়োলেট সলিউসনও লাগানো যেতে পারে। নবজাতকদের ফোস্কাযুক্ত ইমপেটিগোতে মুখ দিয়ে অথবা ইনজেকসন মারফৎ অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ অপরিহার্য।

§ 675. V. হারপিস :

সরল ধরনের হারপিসের কারণ এক জাতীয় ভাইরাস। প্রাথমিক সংক্রমণ হয় শৈশবে ; কখনো কখনো প্রাপ্তবয়স্করাও আক্রান্ত হন। অধিকাংশ ক্ষেত্রে বাহ্যত বোঝা যায়না, চেনা যায় শুধু রক্তস্রোতে বহমান প্রতিবস্তুর (antibody) উপস্থিতি থেকে। কিছু সংখ্যক প্রাথমিক সংক্রমণ উগ্র রূপ ধারণ করে কর্নিয়া ও নেত্রবর্ত্মের তীব্র প্রদাহ সৃষ্টি করে, কিংবা বিরল ক্ষেত্রে সৃষ্টি করে মাড়ি ও মুখবিবরের প্রদাহ, অথবা যোনিদ্বার ও যোনির প্রদাহের সঙ্গে নানারকম সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ। ক্বচিৎ মস্তিষ্ক-প্রদাহও হয়ে থাকে। যে-শিশু সহজাত অ্যালার্জি ঘটিত চর্ম-প্রদাহে ভুগছে তার যদি হারপিসের প্রাথমিক সংক্রমণ হয় সে-ক্ষেত্রে স্ফোটকগুলি কাপোসি (Kaposi) বর্ণিত জলবসন্ত সদৃশ রূপ নিতে পারে। একবার প্রাথমিক সংক্রমণ হলে ভাইরাসগুলি বহু বছর ধরে টিস্যুর মধ্যে অধিষ্ঠান করে এবং বারেবারে, নানা কারণে, স্থানীয়ভাবে মৃদু আক্রমণ ঘটাতে পারে। তখন লোবার নিউমোনিয়া, মেনিনগোকক্কাস সংক্রমণ, ম্যালেরিয়া বা কোরাইজার আক্রমণ হারপিসের প্ররোচনা দেয়। এমনকি সূর্যালোক, কিছু কিছু খাদ্যবস্তু এবং ওষুধও নিয়মিত অথবা অনিয়মিত বিরতি দিয়ে প্ররোচক হিসাবে কাজ করে ; অথচ তার কারণ জানা যায়না।

ল ক্ষ ণ : হারপিস ঘটিত মুখবিবরের প্রদাহাক্রান্ত শিশুর প্রায় সপ্তাহখানেক ধরে 102-103 ডিগ্রি জ্বর হতে থাকে। মুখের মধ্যে ঘা হয় ; চিবুকের নিচে গ্ল্যাণ্ড ফুলে ওঠে এবং সেগুলি টিপলে বেদনাবোধ জাগে। মুখবিবরের শ্লেষ্মাঝিল্লীতে, জিবে, মাড়িতে এবং মুখের জমিনে সাদা-সাদা ফলক কিংবা অসংখ্য ছোট ছোট বিযুক্ত ঘা দেখা দেয়। সাধারণত শ্বেতকণিকার সংখ্যাবৃদ্ধি হয়না।

কা পো সি ব র্ণি ত জ ল ব স ন্ত স দৃ শ স্ফোটক হতে পারে ভ্যাকসিনিয়া ভাইরাস অথবা সরল ধরনের হারপিস-ভাইরাস মারফৎ। দেখতে নাভীর মত স্ফোটকগুলি শৈশবের একজিমাক্রান্ত ত্বকের উপর ছড়িয়ে থাকে। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণগুলি উগ্র রূপ নিতে পারে এবং অনেকেই অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগের আগেই প্রাণ হারায়।

বারবার উদ্ভূত সরল ধরনের হারপিস দেখা দেওয়ার আগে প্রদাহপীড়িত এলাকাটি জ্বালা করতে থাকে এবং সেখানে জোটবদ্ধ ছোট ছোট সজল

ফুসকুড়ির আবির্ভাব ঘটে। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় মুখমণ্ডল, বিশেষ করে মুখবিবরের চতুর্দিক। বেশ কয়েক বছর ধরে বারবার আক্রমণ চলতে থাকে। দেহের যে-কোন এলাকাই আক্রান্ত হতে পারে, সুতরাং এরপর হাত কিংবা আঙ্গুলের মত অপ্রত্যাশিত এলাকায় স্ফোটক দেখা দিলে রোগ নির্ণয়ে বিভ্রান্তি হওয়া সম্ভব। 7 থেকে 10 দিনের মধ্যে নিরাময় হয়ে যায়, কোন ক্ষতাঙ্ক থাকেনা। পুরুষ নারী নির্বিশেষে যৌনাঙ্গ হারপিসে আক্রান্ত হলে জোটবদ্ধ সজল ফুসকুড়িগুলি দ্রুত ভেঙ্গে গিয়ে উপরতলের বিযুক্ত ক্ষত সৃষ্টি হয়।

চি কি ৎ সা : বারে বারে উদ্ভূত সরল ধরনের হারপিসের চিকিৎসা নৈরাশ্যজনক—প্রতিকারে সব চেষ্টা ব্যর্থ করে আক্রমণ চলতেই থাকে। যে-এলাকায় বারেবারে আক্রমণ হচ্ছে সেখানে অল্প মাত্রায় উপরতলীয় এক্স্-রশ্মি প্রয়োগে কিংবা কয়েকবার থোরিয়াম এক্স্-এর প্রলেপ লাগালে পুনরাক্রমণ কমতে পারে।

§ 676. VI. **হারপিস জস্টার** (পোড়া নারাঙ্গা) :

পূর্বাহ্নে সঙ্কেতমূলক ব্যথা ও জ্বালার পর এক একটি এলাকা ভিত্তিতে রক্তিমাভ জমিনের উপর গোষ্ঠিবদ্ধ সজল ফুসকুড়ির আবির্ভাব ঘটে। স্ফোটকগুলি 7-14 দিনের মধ্যে নিরাময় হয়, কিন্তু ক্ষতাঙ্ক রেখে যেতে পারে। বিরল ক্ষেত্রে জস্টার সেরে যাওয়ার কয়েক দিন পর সর্বাঙ্গে জলবসন্তের অনুরূপ স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে। সাধারণত আক্রান্ত হয় পিঠের ও কটিদেশের বৃত্তাংশ (dorsal and lumbar segments), কিন্তু বয়স্ক ব্যক্তিদের ট্রাইজেমিন্যাল (স্নায়ু অধ্যুষিত) এলাকার জস্টার বিরল নয়। এঁদের দেহেরযে-কোন এলাকার স্ফোটকগুলি রক্তস্রাবী এবং গ্যাংগ্রিনাক্রান্ত হওয়া সম্ভব। একমাত্র সাধারণ উপসর্গ হল হারপিসোত্তর স্নায়ুশূল। শিশুদের হারপিস জস্টার হয় খুবই কম, বয়স বাড়ার সঙ্গে সঙ্গে প্রকোপহারও বৃদ্ধি পায় ; নরনারী নির্বিশেষে সে-হার একই রকম।

উ ৎ প ত্তি র কারণ সম্ভবত জলবসন্তের অনুরূপ এক ধরনের ভাইরাস।

চি কি ৎ সা : ব্যথা নিরসনের জন্যে বেদনানাশক ওষুধ দিতেই হবে। ব্যথা যথেষ্ট কমাতে পারলে পরবর্তী কালে স্নায়ুশূলের সম্ভাবনা কমে যায়। উগ্রতর অবস্থায় 4-5 দিন কর্টিসোন বা প্রেডনিসোন সেবনে লক্ষণগুলি

উপশম হয়, নিরাময়ও হয় দ্রুত গতিতে। মৃদু রোগে কোন পাউডার ছড়ানো অথবা কোলোডিয়ন (collodion) প্রয়োগ করা যেতে পারে। দুরন্ত ক্ষতে অ্যান্টিবায়োটিক মলম লাগানো যায়।

VII. জলবসন্ত ও গুটিবসন্ত : যে-কোন ধরনের সর্বাঙ্গীণ সজল ফুসকুড়িতে জলবসন্ত ও গুটিবসন্তের কথা ভাবতেই হবে (§§ 476, 479)।

677. VIII. **মেষ-বসন্ত** (orf) : ভাইরাস প্রসূত এই সংক্রামক পুঁজযুক্ত চর্ম-প্রদাহ হয় ভেড়াদের। মানব দেহে সংক্রমণ বিরল।

> ল ক্ষ ণ : 6 দিন উপ্তিকালের পর ত্বকের কোন ছড়ে যাওয়া এলাকার উপর ছোট্ট একটি রক্তিম পিড়কার উদ্ভব হয়। অচিরে সেই পিড়কার নিচে দেখা দেয় সমতলীয় একটি সজল ফুসকুড়ি যার সীমান্ত বেশ শক্ত। স্ফোটক হয় একটি কিংবা অতি অল্প সংখ্যক। সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ মৃদু ধরনের। 3-4 সপ্তাহেই নিরাময় হয়ে যায়।

গো-বসন্ত কচিৎ কখনো দেখা যায় কৃষকদের মধ্যে। আক্রান্ত পশুটির সংস্পর্শে আসার প্রায় দু-সপ্তাহ পরে একটি মাত্র সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়ে থাকে। আক্রান্ত দিকের গ্রন্থি-প্রদাহ এবং জ্বর হওয়া সাধারণ ঘটনা।

ভ্যাকসিনিয়া : আকস্মিকভাবে বসন্তের টীকা দেহে প্রবেশ করে খুবই কম। তবে ডাক্তার এবং সেবিকারা অনেক সময় নিজেরাই নিজেদের টীকা দিতে গিয়ে ভ্যাকসিন প্রসূত স্ফোটকাক্রান্ত হন ; আবার সম্প্রতি যাদের টীকা দেওয়া হয়েছে তাদের নিবিড় সংস্পর্শে এসে শিশুরাও আক্রান্ত হতে পারে। কাপোসি বর্ণিত জলবসন্ত সদৃশ স্ফোটকের একটি প্রকৃতি হল ভ্যাকসিন প্রসূত একজিমা ; এতে সর্বাঙ্গে স্ফোটকোদ্‌গম হয় এবং তা জীবনান্তক হওয়াও সম্ভব।

§ 678. IX. **গ্রীষ্মকালীন রৌদ্রস্নাত স্ফোটক** (Hydroa Aestivale) : সূর্যালোকে উন্মুক্ত ত্বকের বিভিন্ন এলাকায়, বিশেষ করে নাকে, কপোলে এবং হাতের পিছনে সামঞ্জস্যপূর্ণ ঝাঁকবদ্ধ পিড়কা ও সজল ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়ে থাকে। সাধারণত শুরু হয় শৈশবে, বয়ঃসন্ধিকালের পর সেরে যায়। আক্রমণ আসে বিরতি দিয়ে, গ্রীষ্মকালে। এর উগ্রতর প্রকৃতি, রক্তস্রাবী ভ্যাকসিনিয়া সদৃশ স্ফোটকে পচনশীল প্রতিক্রিয়া থেকে ক্ষতাঙ্ক সৃষ্টি হয়। কখনো কখনো প্রস্রাবে পরফাইরিন পাওয়া যায়, কিন্তু রৌদ্রালোকের সঙ্গে সম্পর্কটি অনিশ্চিত।

চি কি ৎ সা : রৌদ্রালোক পরিহার করা একান্ত প্রয়োজন। রাসায়নিক আলোকাচ্ছাদন ব্যবহার করে দেখা যেতে পারে।

§ 679. X. **লতাগুল্ম ও সূর্যালোক জনিত চর্ম-প্রদাহ** হচ্ছে এক ধরনের ফোস্কারূপী স্ফোটক। সূর্যালোকে উন্মুক্ত হলে এবং বিশেষ বিশেষ লতাগুল্মের সংস্পর্শে এলে (যেমন নদীতে স্নানের সময়) এই ধরনের স্ফোটকোদ্ভব হয়ে থাকে। ফোস্কাগুলি রেখাকার এবং সেগুলি ত্বকের উপর গুল্মের পাতা ও বোঁটার ছাপ অনুসারে বিন্যস্ত থাকে। পরে এগুলি রঞ্জকান্বিত হয়ে যায়।

§ 680. XI. **হারপিস সদৃশ চর্ম-প্রদাহ** বিরল। এই বিশৃঙ্খলা বারে বারে, বহু বছর ধরে চলতে থাকে, মাঝে মাঝে অদৃশ্য হয়ে যায়। মহিলাদের তুলনায় পুরুষরা বেশি আক্রান্ত হন। শুরু হয় 30 থেকে 60 বছর বয়সে, যদিও যে-কোন বয়সেই হতে পারে।

ল ক্ষ ণ : স্ফোটকগুলির বিশেষত্ব হল, এরা বহুরূপী এবং বিন্যাস সামঞ্জস্যপূর্ণ। অংশফলক এলাকায় (scapula), ত্রিকাস্থির উপরে (sacrum), বাহুদুটির বহির্বিস্তারী দিকে, উরুদেশে এবং উরুর বহিরাংশে প্রথমে প্রচণ্ড চুলকানি, পরে একই সঙ্গে চক্রাকার শোথ, সজল ফুসকুড়ি এবং পিড়কার আবির্ভাব ঘটে। কারও কারও স্ফোটকগুলি শুধুই পিড়কারূপী বা সজল ফুসকুড়িরূপী বা শুধু ফলকরূপী রক্তিমা, অথবা তাদের সম্মিলিত রূপ ; কোন এক পর্যায়ে ফোস্কাও দেখা দিতে পারে। শিশুদের ক্ষেত্রে স্ফোটকগুলি প্রধানত ফোস্কারূপী এবং তাদের বিন্যাসে কোন বৈশিষ্ট্য থাকে না—হাতে পায়ে যৌনাঙ্গে এবং উদরের নিম্নাংশে জোটবদ্ধ ফোস্কার আবির্ভাব ঘটে। সেরে যাওয়ার সময় এলাকাটি রঞ্জকান্বিত হয়ে যায়। ক্ষেত্রবিশেষে আক্রমণের উগ্রতা ক্রমে ক্রমে কমে আসে এবং এক-দুই বছর পরে সম্পূর্ণ নিরাময় হয়ে যায় ; আবার অনেকের চলতে থাকে বছরের পর বছর। বিরল ক্ষেত্রে দুরন্ত আক্রমণের সময় মৃদু সর্বাঙ্গীণ লক্ষণ দেখা দিতে পারে। প্রায়ই ইয়োসিনোফিলের সংখ্যাধিক্য ঘটে।

উ ৎ প ত্তি : কারণ অজ্ঞাত। কোন ভাইরাসকে দায়ী করার মত কোন প্রমাণ পাওয়া যায়নি, রোগটি হয়তো বহুবিধ কারণ প্রসূত কোন অনির্দিষ্ট প্রতিক্রিয়া। টিস্যুর গঠনচরিত্র পরীক্ষায় দেখা গিয়েছে, ফোস্কাগুলি অটুট উপস্তকের নিচে অবস্থিত, তার নিচে অন্তস্তকে সঞ্চিত থাকে বহুরূপী

কোন পদার্থ যাতে ইয়োসিনোফিলের উপস্থিতি বেশ লক্ষণীয়।

চি কি ৎ সা : কোন চিকিৎসাই পূর্ণ নিরাময়ী নয়, তবে যতদিন চিকিৎসা চালানো যায়, কষ্টদায়ক লক্ষণগুলি নিয়ন্ত্রণ করা সম্ভব। লাইকর আর্সেনিক্যালিস (ফাউলার-সলিউসন) ফলপ্রসূ হলেও বারবার প্রয়োগে ত্বকের ক্যানসার হওয়ার সম্ভবনা থাকে বলে বর্তমানে দিনে দুবার করে 50 মিলিগ্রাম মাত্রায় ড্যাপসোন[1] ব্যবহার করা হচ্ছে। কখনো কখনো আরও অল্প মাত্রায় ব্যবহার করে স্ফোটকগুলিকে নিয়ন্ত্রণে রাখা যায়। চিকিৎসার প্রথম দিকে কিছু আনুষঙ্গিক প্রতিক্রিয়া দেখা দিতে পারে। সেইজন্যে নিয়মিত লোহিত কণিকা গণনা করা উচিত। বিকল্প হিসাবে, কিছুটা কম ফলপ্রদ হলেও, বিশেষ করে যেখানে ড্যাপসোনে সুফল পাওয়া যাচ্ছেনা সেখানে, দিনে একবার কিংবা দু-বার 0·5 গ্রাম মাত্রায় সালফা-পাইরিডিন নিরাময়ের কাজ করে। তবে এই ওষুধটি প্রয়োগের সময় নিয়মিত শ্বেতকণিকা গণনা মারফৎ দানাদার কণিকাদের সংখ্যা হ্রাস পাচ্ছে কি না সেদিকে নজর রাখতে হবে। উপরিউক্ত দুটি ওষুধেরই সর্বনিম্ন কার্যকর মাত্রা নির্ধারণ করে সেই মাত্রাই চালিয়ে যাওয়া উচিত।

গর্ভাবস্থার হারপিস দেখতে হারপিসের অনুরূপ ফোস্কাযুক্ত চর্ম-প্রদাহের মত। এগুলি বিশেষ করে দেখা দেয় গর্ভধারণ কালে—সাধারণত পঞ্চম বা ষষ্ঠ মাসে। পর পর প্রতি গর্ভাবস্থায় এই স্ফোটকোদ্গম হতে পারে। অবশ্য প্রসবের পর আপনা থেকেই সেরে যায়। এক্ষেত্রে শিশু-মৃত্যুর হার কিন্তু খুব বেশি। রোগ উগ্রতর হলে গর্ভমোচন করা দরকার হতে পারে। প্রেডনিসোন বা কর্টিসোন প্রয়োগে স্ফোটকগুলিকে অবদমিত করা যায়।

পেমফিগাস সদৃশ ফোস্কাগুলিকে (উপবিম্বিকা) অতীতে পেমফি-গাস বলে ভুল করা হত। টিস্যুর গঠনচরিত্রের দিক থেকে এগুলি হারপিস সদৃশ চর্ম-প্রদাহের মত। সাধারণত আক্রান্ত হন বয়স্ক ব্যক্তিরা।

ল ক্ষ ণ : স্ফোটকগুলি চক্রাকার স্থানীয় শোথ, রক্তিমা ও ফোস্কার ফলক অথবা শুধুই বড়বড় টানটান ফোস্কার রূপ নিতে পারে। এই সব স্ফোটক কোন একটি এলাকায় বেশ কয়েক সপ্তাহ সীমাবদ্ধ থাকতে পারে

1. Dapsone

বটে, তবে শেষ পর্যন্ত সর্বাঙ্গে ছড়িয়ে পড়ে। বিরল ক্ষেত্র ছাড়া শ্লেষ্মাঝিল্লী আক্রান্ত হয়না। শীর্ণদেহ বয়স্ক ব্যক্তিদের পক্ষে রোগটি প্রাণান্তকর হলেও এমনিতে মারাত্মক নয় এবং সাধারণ স্বাস্থ্যের মান বজায় রাখতে পারলে নিরাময় সম্ভব। কারসিনোমার প্রতিক্রিয়া হিসাবে পেমফিগাস সদৃশ স্ফোটকোদ্গম হতে পারে বলে লক্ষণভিত্তিক চিকিৎসা শুরু করার আগে এই সম্ভাবনা সম্পর্কে সুনিশ্চিত হওয়া উচিত। হারপিস সদৃশ চর্ম-প্রদাহের মত এ-রোগে সালফাপাইরিডিন কিংবা ড্যাপসোন প্রয়োগে কোন সাড়া পাওয়া যায়না, তবে কর্টিকোস্টেরয়েড ব্যবহারে অধিকাংশ ক্ষেত্রেই রোগটি নিয়ন্ত্রণে থাকে।

চোখের পেমফিগাস খুবই বিরল এবং পেমফিগাস সদৃশ স্ফোটক গোষ্ঠির অন্তর্ভুক্ত। সাধারণত হয় বয়স্কা মহিলাদের। খুব কম ক্ষেত্রেই ত্বক আক্রান্ত হয়, হলে তা মুখে ও গ্রীবায় সীমাবদ্ধ থাকে। নেত্রবর্ত্ম (conjunctiva) আক্রান্ত হয়ে কুঞ্চন সৃষ্টি করে এবং মুখবিবরে ঘা হলে গলাধকরণে প্রচণ্ড অসুবিধা হয়।

§ 681. XII. **পেমফিগাস** একটি বিরল ব্যাধি ; নর-নারী নির্বিশেষে আক্রান্ত হন পঞ্চাশোর্ধ্ব'রা। কখনো কখনো অল্পবয়সেও আক্রমণ হতে পারে ; রোগের গতি তখন দ্রুততর। লক্ষণ ও নিদর্শনের দিক থেকে এর বিভিন্ন রূপ চিহ্নিত হয়েছে, যদিও তাদের উৎস একই এবং প্রায়ই এক থেকে অন্য রূপান্তর ঘটে থাকে।

ল ক্ষ ণ : (1) সাধারণ পেমফিগাসের (vulgaris) সূত্রপাত হয় অজ্ঞাতসারে। তবে সর্বাঙ্গীণ ফোস্কা আবির্ভাবের বেশ কয়েক মাস আগে মাড়ির অবিচল প্রদাহ কিংবা করোটি-চর্মে শিথিল ধরনের ফোস্কার উপর নরম মামড়ি দেখা দিতে পারে। শুরুতে কিংবা কোন এক পর্যায়ে শ্লেষ্মা-ঝিল্লীগুলিও আক্রান্ত হয়। দেহের প্রায় সর্বত্রই দেখা দেয় বড় বড় পাতলা ফোস্কা, কোন কোনটি ফেটে গিয়ে সিক্ত দগদগে ঘা। যে-সব এলাকা আপাত-অনাক্রান্ত সেখানকার ত্বক সামান্য ঘর্ষণেই আলগা হয়ে উঠে আসে (Nikolski বর্ণিত নিদর্শন)। সাধারণ স্বাস্থ্যের অবনতি ঘটতে থাকে এবং মাঝে মাঝে চিকিৎসা ছাড়াই সাময়িক উপশম হলেও কয়েক মাসের মধ্যেই জীবনান্ত ঘটে।

(2) অক্রিয় পেমফিগাস (P. vegetans) : মুখের মধ্যে ও ঠোঁটে, মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায়, কুঁচকিতে ও কুক্ষিদেশে, নাভীতে এবং অন্যান্য এলাকাতেও দুর্গন্ধযুক্ত অক্রিয় পিণ্ডের উপস্থিতি রোগীর কষ্ট বড়িয়ে দেয়। এই প্রকৃতির পূর্বাভাসও গুরুতর।

(3) পল্লবাকার পেমফিগাসে (P. foliaceus) শিথিল ফোস্কাগুলি থাকে একেবারে উপরতলে এবং উদ্ভবের সঙ্গে সঙ্গেই ফেটে যায়, সর্বাঙ্গে ছড়িয়ে পড়ে এক ধরনের শল্কমোচনকারী চর্ম-প্রদাহ। চিকিৎসা না করলে বছরখানেকের মধ্যেই মৃত্যু হয়।

(4) রক্তিমাভ পেমফিগাস বা সিনীয়ার-আশার উপব্যাধি (Senear-Usher) একটি নিরীহ পর্যায়। এগুলি পল্লবাকারে কিংবা সাধারণ পেমফিগাসে পরিবর্তিত হতে পারে অথবা বিরল ক্ষেত্রে শেষোক্ত রূপ থেকে রক্তিমাভ রূপে ফিরে গিয়ে আবার গুরুতর পর্যায়ে প্রত্যাবর্তন করে। এই নিরীহ পর্যায়টি বহু বছর স্থায়ী হতে পারে, রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যের কোন অবনতি ঘটে না। ফোস্কাগুলি প্রধানত দেখা দেয় দেহকাণ্ডের মধ্যরেখার কাছে কিংবা মুখে; শুকিয়ে গিয়ে এগুলির উপর লালচে শুকনো মামড়ি পড়ে এবং দেখে মনে হয় যেন ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ।

রো গ নি র্ণ য় : সাধারণ পেমফিগাস নির্ণয়ের সময় রোগটি যে ওষুধ-প্রসূত ফোস্কা, স্টিভেন-জনসন বর্ণিত উপব্যাধি কিংবা বিম্বিকা নয় সে-সম্পর্কে সুনিশ্চিত হওয়া দরকার। মাঝে মাঝে ব্যতিক্রম দেখা গেলেও টিস্যুর গঠনচরিত্র পরীক্ষা রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে। এই পরীক্ষার জন্যে সদ্য-উদ্‌গত ফোস্কা বেছে নেওয়া উচিত। সব প্রকৃতির পেমফিগাসেই দেখা যাবে উপস্তকের মৌলিক পরিবর্তন ঘটেছে—কোষগুলির অন্তর্বর্তী প্রাচীর ধ্বংস হয়ে যাওয়ার ফলে কোষ-সংযোগ নষ্ট হয়ে গিয়েছে, কতকগুলি অসম ফাটল সৃষ্টি হয়েছে।

চি কি ৎ সা : পেমফিগাসে আক্রান্ত রোগীর শুশ্রূষা খুব অসুবিধাজনক বলে হাসপাতালে ভর্তি করাই সঙ্গত। এসিটিএইচ বা কর্টিসোন প্রয়োগে অধিকাংশ রোগীরই যথেষ্ট উন্নতি হয়, এমনকি পূর্ণ নিরাময়ও হতে পারে। তবে শুরুতেই বৃহৎ মাত্রায় প্রয়োগ করা প্রয়োজন—যেমন মুখ দিয়ে দৈনিক 1500 মিলিগ্রাম কর্টিসোন অথবা পেশীমধ্যে দৈনিক 150 মিলিগ্রাম এসিটি-এইচ ইনজেকসন। এর পর মুখ দিয়ে রক্ষণমাত্রায় কর্টিসোন বা প্রেডনিসোন

চালিয়ে যাওয়া আবশ্যিক। অতীতে যাদের পরিণতি ছিল মৃত্যু, এই ওষুধ প্রয়োগের পর এখন তাঁরা স্বাভাবিক জীবন যাপন করছেন। কিন্তু মাত্রা কমিয়ে দিলে আবার নতুন ফোস্কার উদ্ভব হতে পারে।

§ 682. XIII. **রসস্রাবী বহুরূপী রক্তিমা** (স্টিভেন-জনসন বর্ণিত উপব্যাধি) : এই ধরনের বহুরূপী রক্তিমার বৈশিষ্ট্য হল ফোস্কার উদ্ভব (§ 643)। তবে এই উপব্যাধিকে সুনির্দিষ্ট সত্তা হিসাবে গণ্য করার মত এর গতি-প্রকৃতির কিছু বিশেষত্ব আছে। সাধারণত আক্রান্ত হয় শিশু ও অল্পবয়সী তরুণ-তরুণীরা।

ল ক্ষ ণ : শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ সংক্রান্ত কিছু পূর্বগামী লক্ষণের পর ঠোঁটে, মুখের মধ্যে, নেত্রবর্ত্মে এবং মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায় ফোস্কার উদ্ভব হয়। এবং এগুলি ফেটে গিয়ে এক ধরনের কৃত্রিম ঝিল্লীর নিচে উপরতলীয় ক্ষত সৃষ্টি করে। অক্ষিপল্লবের প্রবল শোথ সহ চোখদুটি আক্রান্ত হয়ে গুরুতর উপসর্গ দেখা দিতে পারে। দেহকাণ্ডে এবং হাতে-পায়ে রক্তিমাভ ফলক ও ফোস্কার উদ্ভব হওয়াও সম্ভব, যদিও তা অবধারিত নয়। সঙ্গে প্রায়ই ফুসফুসের প্রদাহ হয়ে থাকে, এবং কয়েকদিন যাবৎ 103 ডিগ্রির উপর জ্বর। কারণ অজানা, হয়তো ভাইরাস জাত।

রো গ নি র্ণ য় : ফিনোবারবিটোন সেবনে কখনো কখনো এই ধরনের ফোস্কা হয় যার সম্ভাবনা বাতিল করতে হবে। পেমফিগাস ও অনুরূপ স্ফোটক নিয়ে কোন বিভ্রান্তি হওয়া উচিত নয়।

পূ র্বা ভা স : সাধারণত নিরাময় হয়, তবে মাঝে মাঝে মারাত্মক হওয়া সম্ভব।

চি কি ৎ সা : অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগে আনুষঙ্গিক সংক্রমণ এড়ানো যাবে। কর্টিকোস্টেরয়েডে সাধারণত কোন কাজ হয় না।

§ 683. XIV. **শিথিল উপস্তকের ফোস্কা** (Epidermolysis bullosa) একটি বিরল জীন ঘটিত ত্রুটি যাতে কোন আঘাতপ্রাপ্ত স্থানে ফোস্কার উদ্ভব হয়ে থাকে।

ল ক্ষ ণ : এর অনেকগুলি প্রকৃতি। তার মধ্যে সবচেয়ে সাধারণ হল জন্মসূত্রে পাওয়া মৃদু প্রকৃতি। ফোস্কার উদ্ভব হয় প্রধানত ঘর্ষিত এলাকায়

—বিশেষ করে উষ্ণ আবহাওয়ায়। আয়ুষ্কাল হ্রাস পায়না। জন্মসূত্রে পাওয়া কোন কোন প্রকৃতিতে (জন্মকালেই ফোস্কা ছিল) সামান্য আঘাতে কিংবা স্বতঃস্ফূর্তভাবে ফোস্কার আবির্ভাব ঘটে এবং মুখের মধ্যে সেগুলির উপস্থিতি শিশুর খাদ্যগ্রহণে অসুবিধা ঘটায়। অন্যান্য জন্মগত ত্রুটিও থাকতে পারে। পূর্বাভাস গুরুতর।

§ 684. XV. **জলভরা সিস্ট** দেখা যায় উষ্ণ আবহাওয়ায় কর্মরতা মধ্যবয়সী মহিলাদের। ললাটে, চোখের নিচে এবং চিবুকের উর্ধ্বাংশে ঘাম জমে গিয়ে টানটান দৃঢ় জলভরা ফুসকুড়ির আবির্ভাব ঘটে। এগুলি দ্রুত অদৃশ্য হয়ে যেতে পারে অথবা কয়েক সপ্তাহ স্থায়ী হওয়াও সম্ভব।

§ 685. XVI. **লসিকা ও রক্তনালীর টিউমার** আসলে লসিকা-টিস্যু গঠিত জড়ুল। জন্মকালে অথবা প্রথম শৈশবে গোষ্ঠিবদ্ধ সজল ফুসকুড়ি-গুলি দেখতে বেঙাচির মত। এই জড়ুলগুলি সাধারণত লসিকা ও রক্তনালী দ্বারা গঠিত। তার মধ্যে কয়েকটি কিংবা সবকটি রক্তস্রাবী হতে পারে।

XVII. ওষুধ প্রসূত ফোস্কা কিংবা সজল ফুসকুড়িঃ ওষুধের প্রতিক্রিয়ায় যে-সব স্ফোটকোদ্গম হয়ে থাকে তার মধ্যে কিছু ফোস্কার রূপ ধারণ করে।

§ 686. XVIII. **অন্যান্য যে-সব চর্মরোগ** সাধারণত ফোস্কারূপী নয়, ক্ষেত্রবিশেষে তারা সজল ফুসকুড়ি বা ফোস্কায় পরিণত হয়। শিশুদের জন্মগত সিফিলিস ফোস্কারূপে দেখা দিতে পারে এবং তাদের পক্ষপাত করতল ও পদতল। পাঁচড়াও তাই। স্থানিক পক্ষপাতও একই রকম। মাছি এবং অন্যান্য কীট দংশনে বিশেষ করে পায়ে ফোস্কা হতে পারে। টিনিয়া পেডিস সাধারণত ফোস্কা বা সজল ফুসকুড়ির রূপ ধারণ করে (§ 662)। লিকেন প্লেনাসে এবং শক্ত ও ক্ষয়িষ্ণু লিকেনে কখনো কখনো ফোস্কার উদ্ভব হলেও রোগ নির্ণয়ে ভুল হওয়া উচিত নয়। মাস্ট্-কোষ (mast cell) দিয়ে গঠিত জড়ুলে বারবার ফোস্কার আবির্ভাব ঘটে, কখনো কখনো সেগুলি রক্তস্রাবী (§ 764 দ্রষ্টব্য)।

গ্রুপ II-তে বর্ণিত বেশ কিছু সজল ফুসকুড়ি—যেমন একজিমা, ইম-পেটিগো ইত্যাদি পুঁজ সৃষ্টিকারী বীজাণু দ্বারা আনুষঙ্গিক সংক্রমণে পুঁজাক্ত হয়ে পড়ে। হাতের ও পায়ের বিম্বিকাগুলি যেমন সহজেই সংক্রমিত হয়, টিনিয়া পেডিস-এর আনুষঙ্গিক সাক্রমণও তেমনি সাধারণ ঘটনা।

গ্রুপ III. পুঁজযুক্ত স্ফোটক

(যে-সব স্ফোটক মূলত পুঁজযুক্ত অথবা পুঁজযুক্ত হওয়াই যেখানে বৈশিষ্ট্য)

সাধারণ	বিরল
I. ফোড়া (Furunculosis) (§ 687)	XI. বীজাণু ঘটিত পুঁজযুক্ত স্ফোটক (§ 697)
II. বিষফোড়া (carbuncle) (§ 688)	XII. হাত-পায়ের চর্ম-প্রদাহ (§ 698)
III. ক্ষৌর-স্ফোটক (§ 689)	XIII. কাপোসি বর্ণিত জলবসন্ত সদৃশ স্ফোটক (§ 675)
IV. পুঁজযুক্ত লোমকূপ-প্রদাহ (Sycosis-pyogenic) (§ 690)	XIV. অ্যানথ্র্যাক্স্ (§ 490)
V. পুঁজযুক্ত ঘামাচি বা মিলিয়ারিয়া (§ 691)	XV. হারপিস সদৃশ ইমপেটিগো (§ 699)
VI. বকহার্ট (Bockhart) বর্ণিত ইমপেটিগো (§ 692)	XVI. ব্লাস্টোমাইস সংক্রমণ (§ 700)
VII. পুঁজযুক্ত ব্রণ (§ 693)	XVII. ওষুধ জনিত স্ফোটক (§§ 624, 701)
VIII. কেশমূল-থলির প্রদাহ জনিত কেলয়েড-গুটি (Folliculitis cheloidalis nuchae) (§ 694)	XVIII. পুঁজযুক্ত যক্ষ্মার গুটি (§ 702)
IX. স্বেদ-গ্রন্থির পুঁজযুক্ত প্রদাহ (§ 695)	XIX. পুঁজযুক্ত সিফিলিসের গুটি (§ 703)
X. পুঁজযুক্ত দাদ, টিনিয়া সাইকোসিস এবং করোটি-চর্মের পাঁচড়া (§ 696)	XX. পুঁজযুক্ত চর্ম-প্রদাহ (subcorneal pustular dermatitis) (§ 704)

§ 687. I. **ফোড়া** (furunculosis) হচ্ছে গুটিদার লালচে পিড়কা যা যত বড় হতে থাকে ততই বেদনাদায়ক হয়ে ওঠে। ফোড়াটি আপনা থেকেই উপশম হতে পারে অথবা পুঁজযুক্ত হয়ে কেন্দ্রস্থলে পচন ধরে এবং অন্তঃস্থ পদার্থ নির্গত হয়ে যায়। এরপর গহ্বরটি দানাদার টিস্যুতে পূর্ণ হয়ে ক্ষতাঙ্ক

রেখে আরোগ্য লাভ করে। এক একটি স্ফোটক এক থেকে তিন সপ্তাহ স্থায়ী হতে পারে বটে, কিন্তু প্রায়ই ফোড়া হয় একাধিক এবং কয়েক মাস ধরে নতুন নতুন ঝাঁকের উদ্ভব হতে থাকে। সাধারণত এগুলি হয় মুখে, গ্রীবাদেশে, কানে, মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায়, নিতম্বে এবং উরুতে।

উৎপত্তি: ফোড়ার কারণ কেশমূল-থলিতে (hair follicles) স্ট্যাফাইলোকক্কাস সংক্রমণ। কোষথলির প্রদাহের সঙ্গে এর পার্থক্য থলির চতুর্দিকস্থ প্রদাহ এবং পচনের পরিমিতিতে। ডায়াবিটিস, অ্যানিমিয়া, লিউকিমিয়া, অপুষ্টি, আসববিকার এবং স্নায়বিক ও শারীরিক অবসাদ অনুকূল অবস্থা সৃষ্টি করলেও ত্বকের নির্বীজন সংক্রান্ত স্বাভাবিক কার্যকলাপ কেন যে নষ্ট হয়ে যায় তার কারণ খুঁজে পাওয়া যায়না। এর বিন্যাস নির্ধারিত হয় পরিধেয়র ঘর্ষণ এবং স্ব-সংক্রমণ থেকে।

চিকিৎসা: কোন একটি বেদনাদায়ক ফোড়া পেনিসিলিন ইনজেকসন কিংবা টেট্রাসাইক্লিন সেবনে দ্রুত উপশম হয়। কিন্তু দীর্ঘস্থায়ী ফোড়ায় অ্যান্টিবায়োটিকের স্থায়ী মূল্য নেই, ওষুধ বন্ধ করলেই পুনরাবির্ভাব হতে থাকে। সবচেয়ে ভাল ফল পাওয়া যায় বিশ্রাম, প্রশান্তিকর ওষুধ প্রয়োগ বা বিনোদনে, কম শর্করাযুক্ত খাদ্যের সঙ্গে ভিটামিন B-কমপ্লেক্স্ এবং পরিধেয় সহ ব্যক্তিগত পরিচ্ছন্নতা রক্ষায়। প্রাকৃতিক বেগনিপারের আলোতেও যথেষ্ট উপকার হয়। নাসা-বিবরদ্বারে দিনে দু-বার করে নিয়োমাইসিন মলম লাগালে নাক থেকে ত্বকে স্ট্যাফাইলো পরিবহণ কমে যায়। স্ট্যাফাইলোকক্কাসের মিশ্র-ভ্যাকসিন ও টক্সয়েড কিংবা রোগীর নিজ দেহের বীজাণু দিয়ে তৈরি করা ভ্যাকসিন প্রয়োগে সব সময় একই রকম ফল পাওয়া যায়না। ডায়াবিটিস বা অন্যান্য তন্ত্রীয় বিশৃঙ্খলার বিরুদ্ধে উপযুক্ত ব্যবস্থা নেওয়া আবশ্যিক।

§ 688. **কারবাংক্ল্ বা বিষফোড়ার** কারণ ত্বকের গভীরে কোষথলি সংক্রমিত হওয়া এবং একই সঙ্গে তার চতুর্দিকস্থ টিস্যুতে ব্যাপক প্রদাহ, যার ফলে সৃষ্টি হয় টিস্যুর পচন এবং চলটা-ওঠা বা মৃতকলা সৃষ্টি (slough)। একে ফোড়া-সমাহারও বলা যেতে পারে। ফোড়ার মতই অনুকূল পরিবেশও একই রকম গুরুত্বপূর্ণ। কারবাংক্ল্ হয় প্রধানত চল্লিশোত্তর বয়সে, সাধারণত পিঠে ও গ্রীবাদেশে। বেদনাদায়ক, শক্ত হয়ে ওঠা একটি রক্তি-

আভ এলাকা 5-6 দিন ধরে ধীরে ধীরে বিস্তৃত হতে থাকে। পুঁজ ক্ষরণ হতে থাকে প্রথমে পচন-ধরা এলাকায় কোষথলির মুখ থেকে ; এরপর সমগ্র কেন্দ্রীয় অঞ্চলটি পচে গিয়ে পৃথক হয়ে যায় এবং উন্মুক্ত হয় বেদনাদায়ক ক্ষতস্থান। নিরাময় হতে থাকে ধীরে ধীরে। অ্যান্টিবায়োটিক আবিষ্কারের ফলে কারবাংকল্-এর চিকিৎসায় বৈপ্লবিক রূপান্তর ঘটেছে। সংক্রামক স্ট্যাফাইলোকক্কাসগুলি যে অ্যান্টিবায়োটিকে সংবেদনশীল, পূর্ণ নিরাময় না হওয়া পর্যন্ত সেটি দিয়ে যেতে হবে। ফোড়ার মতই এক্ষেত্রেও সাধারণ স্বাস্থ্যবিধির দিকে নজর দেওয়া দরকার। বৃদ্ধ এবং দুর্বলদের দেহে বিস্তৃত এলাকায় সংক্রমণ ঘটলে চিকিৎসা চালু রাখা উচিত।

§ 689. III **ক্ষৌর স্ফোটক** খুবই সাধারণ। এক্ষেত্রে কোষথলির সংক্রমণ হয় একেবারে উপরতলে।

ল ক্ষ ণ ঃ এলাকাটি লাল হয়ে ওঠে এবং কেশমূল-থলির ছিদ্রটি সামান্য স্ফীত হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে কখনো কখনো মামড়িও পড়ে। আক্রান্ত হয় ক্ষৌরকৃত এলাকা। ঘরের মধ্যে যাঁরা কাজ করেন তাঁদের ত্বক যদি ঘর্মমেদ-স্রাবী হয় তাঁরা বিশেষ করে ক্ষৌর-স্ফোটক-প্রবণ হন এবং আপাত-নিরাময়ের পর বারে বারে পুনরাক্রমণ ঘটে।

রো গ নি র্ণ য় ঃ নিগ্রোদের মধ্যে এবং কখনো কখনো অন্যান্য জাতির মধ্যেও কেশের আভ্যন্তরীণ বৃদ্ধির জন্যে কৃত্রিম কোষথলি-প্রদাহ একটি সাধারণ ঘটনা। এই প্রদাহ বিশেষ করে দেখা যায় গ্রীবার পার্শ্বদেশে।

চি কি ৎ সা ঃ রোগী যেন মুখ থেকে হাত সরিয়ে রাখেন। সাধারণ ক্ষুরের পরিবর্তে বৈদ্যুতিক ক্ষুর ব্যবহারে সুবিধা হতে পারে। অতি-চিকিৎসা যেন না করা হয়। অ্যান্টিবায়োটিক মলম প্রয়োগে সুফল দেয় বটে, কিন্তু মলম বন্ধ করলে প্রায়ই পুনরাক্রমণ ঘটে ; অথচ এই মলমগুলি বেশি দিন ব্যবহার করাও অনুচিত। সবচেয়ে ভাল কাজ করে নিয়ো-মাইসিন মলমের সঙ্গে মিশানো শতকার $\frac{1}{2}$-1 ভাগ হাইড্রোকর্টিসোন মলম। ক্ষৌরকর্মের পর 8 গুণ জল মিশানো লোশিও কিউপ্রো জিঙ্কিসা[1] লাগানো যেতে পারে এবং রাতে লোশিও ক্যালামিন। কোন কোন ক্ষেত্রে রাত্রে এক ভাগ কুইনোলোর মলমের সঙ্গে দুই ভাগ জিঙ্ক মলম মিশিয়ে প্রলেপ লাগিয়ে ভাল ফল পাওয়া গিয়েছে। যেখানে ঘর্মমেদস্রাব প্রকট সেক্ষেত্রে

1. **Lotio cupro-zincica**

ক্ষৌরকর্মের পর লোশিও ক্যালামিনার সঙ্গে শতকরা 2 ভাগ গন্ধক (সালফার প্রেসিপ) মিশিয়ে ব্যবহার করা যায়।

§ 690. IV. **লোমকূপ-প্রদাহ** (sycosis) : এর পুঁজযুক্ত প্রকৃতির সঙ্গে উপরতলের কোষথলি-প্রদাহের পার্থক্য হচ্ছে এই যে প্রথমোক্ত ক্ষেত্রে সমগ্র কোষথলিতেই সংক্রমণ ছড়িয়ে পড়ে। বেশি আক্রান্ত হয় শ্মশ্রুবহুল এলাকা, তবে যৌনাঙ্গে এবং অন্যান্য স্থানেও হতে পারে।

ল ক্ষ ণ : উপরের ঠোঁটে, কপোলে এবং চিবুকে গোষ্ঠিবদ্ধ শোথযুক্ত এবং শক্ত ধরনের পিড়কা কিংবা পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়। সাধারণত এগুলি ছোট ছোট এলাকায় সীমাবদ্ধ থাকলেও ব্যাপকভাবে ছড়ানো থাকতেও পারে। সাইনাসের দীর্ঘস্থায়ী সংক্রমণে উপরের ঠোঁটে লোমকূপ-প্রদাহের উদ্ভব হতে পারে বটে, কিন্তু তার কারণ খুঁজে পাওয়া যায়নি। ত্বক-যক্ষ্মারূপী লোমকূপ-প্রদাহ নামে পরিচিত এর একটি প্রকৃতিতে প্রদাহ-প্রক্রিয়া সমগ্র কোষথলিটিকে ধ্বংস করে একটি কেন্দ্রীয় ক্ষতাঙ্ক রেখে যায় যার বিস্তারশীল সীমান্ত সক্রিয়ভাবে পুঁজযুক্ত। অবস্থাটি দীর্ঘস্থায়ী এবং চিকিৎসা-প্রতিরোধক।

চি কি ৎ সা : তীব্র বেদনাদায়ক ক্ষেত্রে প্রতিদিন দু-বার করে মার্কারি পারক্লোরাইড (1 : 2000) সলিউসন দিয়ে সেঁক দেওয়া উচিত। আলগা লোমগুলি ফরসেপ (চিমটা) দিয়ে মূল সমেত তুলে ফেলে লোশিও ক্যালামিনা ওলিয়োসার মত প্রশান্তিকারক প্রলেপ দেওয়া যায়। তীব্রতা কম হলে শুধু নিয়োমাইসিন মলমেই কাজ হয় অথবা হাইড্রোকর্টিসোনের সঙ্গে মিশিয়ে লাগানো যেতে পারে। কুইনোলোর মলমেও সুফল পাওয়া যেতে পারে। স্থানীয়ভাবে সীমিত দীর্ঘস্থায়ী লোমকূপ-প্রদাহে লোমধ্বংসী মাত্রায় এক্স্-রশ্মি প্রয়োগের পর অ্যান্টিবায়োটিক মলম নিরাময়ী হিসাবে কাজ করে। সঙ্গে শ্বাসপথের সংক্রমণ থাকলে তারও চিকিৎসা করতে হবে। উগ্র এবং প্রতিরোধক ক্ষেত্রে কিছুদিন শয্যাশায়ী থাকা, ছুটি নেওয়া কিংবা সর্বাঙ্গে বেগনিপারের রশ্মি প্রয়োগে উপকার হয়।

§ 691. V. **পুঁজযুক্ত ঘামাচি** (miliaria) : উপত্বকে ঘাম যেখানে জমে থাকে সেখানে ঝাঁকবদ্ধ ছোট ছোট পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ির আবির্ভাব হতে পারে। সাধারণত এগুলি নিবীজ। ত্বকের প্রদাহমূলক বিশৃঙ্খলা হিসাবে যে-কোন বয়সে উপসর্গরূপে এদের আবির্ভাব সম্ভব। এগুলি বিশেষ করে

দেখা যায় ছোট্ট শিশুদের গলার পাশে গভীর ভাঁজগুলি মধ্যে।

§ 692. VI. **বকহার্ট (Bockhart) বর্ণিত ইমপেটিগো** হচ্ছে কেশমূল-থলির উপরদিকের এক-তৃতীয়াংশে স্ট্যাফাইলোকক্কাস প্রসূত পুঁজযুক্ত সংক্রমণ। প্রাপ্তবয়স্কদের চেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় শিশুরা। সাধারণ স্বাস্থ্যবিধির অভাব এবং পাঁচড়ার মত চুলকানি সহ চর্মরোগগুলি এই রোগের পূর্বানুকূল। কর্মরত সেনাবাহিনীর মধ্যে প্রায়ই এই রোগটি দেখা যায়। গরম সেঁক, প্লাষ্টার প্রয়োগ এবং খুব বেশি স্থানীয় প্রলেপ এই ধরনের স্ফোটকগুলির প্ররোচক ; বিশেষ করে প্ররোচনা দেয় আলকাতরা যুক্ত মলম। যে-কোন লোমশ এলাকা আক্রান্ত হতে পারে।

ল ক্ষ ণ : উপরতলের বিযুক্ত এই পুঁজভরা ফুসকুড়িগুলির চারপাশ রক্তিমাভ এবং কেন্দ্রস্থলে থাকে একটি লোম। স্ফোটকটি দ্রুত নিরাময় হতে পরে অথবা কয়েকটি বা সবকটি মিলে একটি ফোড়ায় পরিণত হয় ; সংক্রমণ ছড়িয়ে পড়ে নিচে থেকে উপরের দিকে।

চি কি ৎ সা হিসাবে প্রয়োজন উন্নত ধরনের স্বাস্থ্যবিধি পালন, নিয়মিত স্নান এবং পরিচ্ছন্ন পরিধেয়। প্রতিদিন শতকরা একভাগ জেনসিয়ান ভায়োলেট কিংবা 1 : 2000 ভাগ মার্কারি পারক্লোরাইড মিশ্রিত লোশিও ক্যালামিনার প্রলেপ লাগানো যায়। ভায়োফর্ম্ মলমও লাগানো যেতে পারে।

§ 694. VII. **পুঁজযুক্ত ব্রণ :** ব্রণের মতই, পুঁজযুক্ত এই স্ফোটকগুলি খনিজ তেলের সংস্পর্শে স্থানীয়ভাবে উদ্ভব হতে পারে। সাধারণত আক্রান্ত হয় বাহু এবং উরুর উর্ধ্বভাগ।

§ 694. VIII. **গ্রীবার পিছনে কেশমূল-থলির প্রদাহ জনিত কোলাজেন ঘটিত গুটির** উদ্ভব হয় সাধারণত অল্পবয়সী ও মধ্যবয়সী পুরুষদের। শার্টের কলারের ঘর্ষণকে এর জন্যে দায়ী করা হলেও তার প্রমাণ সামান্যই।

ল ক্ষ ণ : পুঁজযুক্ত ফুসকুড়িগুলি ক্রমশ ফিকে-লাল শক্ত পিড়কায় পরিণত হয় এবং জোটবদ্ধ হয়ে সেগুলি অত্যধিক কোলাজেন ঘটিত ক্ষতাঙ্ক সৃষ্টি করে।

চি কি ৎ সা : নিয়োমাইসিন মলমের সঙ্গে হাইড্রোকর্টিসোন মিশিয়ে প্রয়োগ করলে নতুন পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ির উদ্ভব নিবারণ করা যায়।

কোলাজেন ঘটিত পিড়কাগুলি বিকিরণ চিকিৎসায় সাড়া দিলেও ক্ষতাঙ্কগুলি বিকৃতি ঘটালে পুনর্নির্মাণ-অস্ত্রচিকিৎসার প্রয়োজন হতে পারে।

§ 695. IX. **স্বেদগ্রন্থির পুঁজযুক্ত প্রদাহকে** সাধারণত ফোড়া বলে ভুল করা হয়। পুরুষদের তুলনায় বেশি আক্রান্ত হন মহিলারা। এগুলি এক ধরনের ক্ষরণশীল স্বেদগ্রন্থির সংক্রমণ। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় কুক্ষিদেশ, যদিও মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকা সহ অন্যান্য অঞ্চলেও দেখা দিতে পারে। কুক্ষিতে ক্ষৌরকার্য এর জন্যে দায়ী হওয়া সম্ভব।

ল ক্ষ ণ : একদিকে কিংবা উভয়দিকের কুক্ষিদেশে ত্বকনিম্ন টিস্যুর গভীরে দৃঢ়বদ্ধ ছোট ছোট পর্বাণুগুলি (nodules) ভেঙ্গে গিয়ে পুঁজ নিঃসরণ করতে থাকে। কয়েক মাস ধরে নতুন নতুন পর্বাণুর উদ্ভব হতে পারে।

চি কি ৎ সা : ফোড়ার মতই পর্বাণুগুলি ভেঙ্গে যাওয়ার আগেই রঞ্জন-রশ্মি চিকিৎসায় উপকার হয়।

§ 696. X. **পুঁজযুক্ত দাদ, টিনিয়া সাইকোসিস এবং কেশাবৃত এলাকায় পাঁচড়া :** কোন কোন প্রজাতিভুক্ত দাদের ছত্রাক, বিশেষ করে যেগুলি পশুদেহজ, সেগুলি মানব দেহে সংক্রমিত হয়ে দ্রুত প্রদাহ সৃষ্টি করতে পারে, পুঁজও হতে পারে।

ল ক্ষ ণ : গো-শাবক থেকে সংক্রমিত ট্রিচোফাইটন ভেরুকোসাম (Trichophyton verrucosum) এবং টিনিয়া মেণ্টাগ্রোফাইট-এর (T. mentagrophytes) সংক্রমণে পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি খচিত ফিকে-লাল ফলকের উদ্ভব হয়, অথবা কেশাবৃত এলাকায় উদ্গত হয় পাঁচড়া (kerion)—শোথযুক্ত পিণ্ডের উপর পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় কৃষিজীবীদের উন্মুক্ত ত্বক। এছাড়া শ্মশ্রুমণ্ডিত এলাকায় ঘনসন্নিবিষ্ট শোথযুক্ত পুঁজক ফুসকুড়ির কারণ টিনিয়া সাইকোসিস বা লোমকূপের দাদ। লোমকূপের পুঁজযুক্ত প্রদাহের মত এক্ষেত্রে ওষ্ঠের প্রতি পক্ষপাতিত্ব থাকে না। মাইক্রোস্পোরোন নামক এক জাতীয় ছত্রাকের সংক্রমণ থেকেও শোথযুক্ত পুঁজক দাদ সৃষ্টি হতে পারে—বিশেষ করে যখন অতি-চিকিৎসা করা হয়। প্রদাহমূলক দাদ সাধারণত স্বয়ংসীমিত।

চি কি ৎ সা : তীব্র পর্যায়ে মার্কারি পারক্লোরাইড (1 : 2000) দিয়ে গরম সেঁক এবং পরে ছত্রাকবিরোধী জিঙ্ক মলম। উগ্রতর ক্ষেত্রে প্রয়োজন

গ্রিসিয়োফালভিন[1]।

§ 697. XI. **বীজাণু ঘটিত পুঁজযুক্ত স্ফোটক** একটি বিরল অবস্থা যাতে করতলে এবং পদতলে বিযুক্ত পুঁজক ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়। আরোগ্যের সময় এগুলি থেকে বাদামী রঙের শল্কমোচন হতে থাকে, তবে দীর্ঘদিন ধরে ঝাঁকে ঝাঁকে স্ফোটক দেখা দিতেও পারে। পুঁজযুক্ত সোরিয়াসিসের সঙ্গে এর সম্পর্কটি অনিশ্চিত। দাঁতে বা শ্বাসপথের উর্ধ্বাংশের মত কোন এলাকায় সংক্রমণের কোন উৎসকেন্দ্র উপস্থিত থাকলে তার সঙ্গে এই পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ির কোন সুস্পষ্ট সম্পর্ক থাকা অস্বাভাবিক ; তা সত্ত্বেও এরকম কোন কেন্দ্র আছে কি না খুঁজে দেখা এবং থাকলে তা দূর করা উচিত। স্থানীয় প্রলেপ নিরর্থক। কখনো কখনো সালফাপাইরিডিন কিংবা ডাইঅ্যামাইনো-ডাইফিনিল সালফোন[2] প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়।

§ 698. XII. **হাত-পায়ের অবিরাম চর্ম-প্রদাহ** বিরল হলেও নাম থেকেই বোঝা যায় রোগটি চিকিৎসা-প্রতিরোধী। সম্ভবত এটি পুঁজযুক্ত সোরিয়াসিসেরই অন্যতম রূপ।

লক্ষণ: অধিকাংশ ক্ষেত্রেই রোগটি শুরু হয় নখের চতুর্দিকস্থ খাঁজগুলির সংক্রমণ মারফৎ। সংক্রামক আর্দ্র চর্ম-প্রদাহ তার বিস্তারশীল পুঁজযুক্ত প্রান্তদেশ নিয়ে ধীরে ধীরে আঙ্গুলের দিকে ছড়িয়ে পড়ে। হাত ও পায়ের অন্যান্য আঙ্গুলও একইভাবে আক্রান্ত হতে পারে। নখগুলি অপুষ্ট, কখনো কখনো ধ্বংসপ্রাপ্ত। বিরল ক্ষেত্রে দেহের অন্যান্য অঞ্চলেও একই ধরনের চাপড়া দেখা দিতে পারে। বহু ক্ষেত্রে কোন চিকিৎসাতেই কাজ হয় না। তা সত্ত্বেও সালফাপাইরিডিন এবং ডাইঅ্যামাইনোডাইফিনিল সালফোন দিয়ে চেষ্টা করা যেতে পারে।

XIII. কাপোসি বর্ণিত জলবসন্তের অনুরূপ স্ফোটক: অতি-সংবেদ্য চর্ম-প্রদাহে (§ 675) আক্রান্ত কোন ব্যক্তির গায়ে যদি ব্যাপকভাবে সজল ফুসকুড়ি দেখা দেয়, জলবসন্তের অনুরূপ স্ফোটক সন্দেহ করতে হবে।

XIV. অ্যানথ্র্যাক্স্:

লক্ষণ: স্ফোটকগুলি শুরু হয় দৃঢ়বদ্ধ লালচে পিড়কা রূপে এবং দ্রুত

1. Grisiofulvin
2. Diaminodiphenyl sulphone

গতিতে শক্ত শোথের উপর রক্তস্রাবী পুঁজযুক্ত ফুসকুড়িতে রূপান্তরিত হয়—চারপাশে থাকে রক্তিমাক্রান্ত এলাকা, উপরে কতকগুলি সজল কিংবা পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি। কেন্দ্রীয় পুঁজযুক্ত ফুসকুড়িটি ফেটে গিয়ে একটি কালচে মামড়ির উদ্ভব হয়। দুরন্ত সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও প্রকাশ পেতে পারে।

§ 699. XV. **হারপিসের অনুরূপ ইমপেটিগো** খুবই বিরল। সাধারণত আক্রমণ করে গর্ভবতীদের, কিন্তু গর্ভধারণ না করেও এবং পুরুষরাও আক্রান্ত হওয়ার খবর পাওয়া গিয়েছে।

লক্ষণ: জ্বর এবং অন্যান্য সর্বাঙ্গীণ লক্ষণের সঙ্গে প্রথমে দেহের ভাঁজ-হওয়া এলাকায় দলবদ্ধ পুঁজযুক্ত ঘামাচির আবির্ভাব ঘটে এবং সেখান থেকে দেহের অন্যান্য অংশেও ছড়িয়ে পড়ে। এ-রোগে মৃত্যুহার খুব বেশি। রক্তে ক্যালসিয়ামের ঘাটতি লক্ষ্য করা যায়।

§ 700. XVI. **ব্লাস্টোমাইস সংক্রমণ**: ঈষ্ট্-এর অনুরূপ এই জীবাণু সংক্রমণ মোটামুটি উত্তর আমেরিকায় সীমাবদ্ধ। ত্বকের স্ফোটকগুলি নরম ফলকের মত, উপরতল ছত্রাক লাঞ্ছিত এবং বিস্তারশীল কিনারাগুলি ছোট ছোট পুঁজযুক্ত প্রদাহ সম্বলিত। এগুলি তন্ত্রীয় সংক্রমণের বহিঃপ্রকাশ। স্থানীয় সংক্রমণে মুখ দিয়ে আয়োডাইড খাওয়ানোর সঙ্গে রঞ্জনরশ্মি চিকিৎসায় সুফল দেয়; তন্ত্রীয় সংক্রমণে দেওয়া হয় স্টিলবামিডিন[1]।

§ 701. XVII. **ওষুধজাত স্ফোটক**: ব্রোমাইড থেকে সাধারণত ব্রণের মত পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ির উদ্ভব হয়। আয়োডাইড থেকে হয় শক্ত জমিনের উপর কিংবা আর্দ্র ছত্রাকলাঞ্ছিত পিণ্ডের উপর পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি।

§ 702. XVIII. **পুঁজযুক্ত যক্ষ্মার গুটি**: নানা ধরনের পচনশীল পিড়কারূপী যক্ষ্মার গুটি সময় সময় পুঁজযুক্ত হয়ে পড়ে। স্ফোটকগুলির বেদনাহীনতা, শক্ত হয়ে ওঠা এবং সামঞ্জস্যপূর্ণ বিন্যাস রোগ নির্ণয়ে সাহায্য করে (§ 646)।

§ 703. XIX. **সিফিলিসের পুঁজযুক্ত গুটি**: অ-সাধারণ এই গুটিগুলি দেখা দেয় সংক্রমণের পর প্রথম বছরে। আক্রান্ত হন অপুষ্ট যাঁরা স্বাস্থ্যবিধি ঠিকমত মেনে চলেন না। লক্ষণ ও নিদর্শনগত এর কয়েকটি রূপ চিহ্নিত হয়েছে—ছোট ছোট পিড়কা ও পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি, শঙ্কযুক্ত রুপিয়ার মত, বসন্তের গুটির মত ইত্যাদি। পুঁজযুক্ত ফুসকুড়িগুলি প্রায় বেদনাহীন

---

8. **Stilbamidine**

এবং পুরু শল্কে ঢাকা ক্ষতগুলি বেশ লক্ষণীয়। সিফিলিসের সব স্ফোটকের সাধারণ বৈশিষ্ট্য (§ 705) অন্যান্য স্ফোটকের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয়ে সাহায্য করে।

§ 704. XX. **শৃঙ্গস্তরের নিচে পুঁজযুক্ত চর্ম-প্রদাহকে** অতীতে হারপিস সদৃশ চর্ম-প্রদাহ বলে ভুল করা হত। আক্রান্ত হন মধ্যবয়সী মহিলারা। দেহকাণ্ডে এবং ভাঁজ-হওয়া এলাকায় জোটবদ্ধভাবে উদ্ভূত ছোট ছোট সমতলীয় পুঁজযুক্ত ফুসকুড়িগুলি কেন্দ্রাতিগভাবে বিস্তারিত হয়ে বলয়াকার রূপ ধারণ করে এবং শেষ পর্যন্ত নিরাময়ের সময় রঞ্জকান্বিত ছোপ ফেলে যায়। মাসের পর মাস কিংবা বছরের পর বছর কখনো বাড়ে কখনো কমে, তবে সাধারণ স্বাস্থ্য অক্ষুণ্ণই থাকে। কারণ অজ্ঞাত। হারপিসের অনুরূপ চর্ম-প্রদাহে যে চিকিৎসা করা হয়, বহুক্ষেত্রে তাতেই এই প্রদাহকেও নিয়ন্ত্রণে রাখা যায়।

গ্রুপ IV. বহুরূপী স্ফোটক

ত্বকের স্ফোটকগুলি যখন বিভিন্ন আকৃতি নিয়ে থাকে সে-অবস্থায় সযত্ন পরীক্ষায় ধরা পড়তে পারে যে আসলে সেগুলি হল মূল ব্যাধিটির বিবর্তনের বিভিন্ন পর্যায়—পিড়কাগুলি বিবর্তিত হয়েছে সজল ফুসকুড়িতে এবং তারপর হয়েছে পুঁজযুক্ত। বারবার ঝাঁকে ঝাঁকে বহুরূপী স্ফোটকের আবির্ভাব ঘটে জলবসন্তে। এছাড়া আপাতদৃষ্ট বহুবিধ আকৃতি হতে পারে আঁচড়ানোর জন্যে অথবা আনুষঙ্গিক সংক্রমণের পরিণতি হিসাবে। পাঁচড়ায় কিংবা চিকিৎসার প্রতিক্রিয়ায় তাই হয়ে থাকে।

বহুরূপী স্ফোটক বিশেষ করে দেখা যায় হারপিসের অনুরূপ চর্ম-প্রদাহে (রক্তিমা, পিড়কা, চক্রাকার শোথ বা হুইল, সজল ফুসকুড়ি ইত্যাদি) § 650, বহুরূপী রক্তিমায় (রক্তিমা, পিড়কা, গোলাকার ফলক, ফোস্কা) § 643, সিফিলিস এবং লিকেন-এর অনুরূপ ভুসির মত আঁশযুক্ত চর্মপ্রদাহ বা পিটিরিয়াসিসে § 705।

§ 705. **সিফিলিস ঘটিত স্ফোটকের সাধারণ বৈশিষ্ট্য ঃ** বিভিন্ন আকৃতির স্ফোটকোদ্ভবের জন্যে এবং নানা ধরনের অন্যান্য বিশৃঙ্খলার সঙ্গে আপাত-সাদৃশ্যের কারণে সিফিলিসের কুখ্যাতি সর্বজনবিদিত। সুতরাং রোগটি নির্ণয়ের ব্যাপারে কতকগুলি সাধারণ বৈশিষ্টের যথেষ্ট গুরুত্ব আছে ঃ

(i) সিফিলিসের প্রাথমিক স্ফোটকগুলি সাধারণত সামঞ্জস্যপূর্ণ, ব্যাপকভাবে বিন্যস্ত এবং উপরতলীয় ; (ii) পরবর্তীকালে সেগুলির অবস্থান অতটা ব্যাপক নয়, বেশি অনুপ্রবিষ্ট (infiltrated) এবং বৃত্তাকারে গোষ্ঠিবদ্ধ ; কতকগুলি আবার ক্ষতরূপী ; (iii) পিড়কাগুলির পক্ষপাত মুখ ও হাত-পায়ের তলদেশ ; (iv) সিফিলিসের স্ফোটকে চুলকানি খুবই বিরল এবং জন্মগত গুটি ছাড়া কখনোই সজল ফুসকুড়ি বা ফোস্কার রূপ নেয়না ; (v) কিছু কিছু চর্মরোগে যেরকম উজ্জ্বল লাল রঙের আবির্ভাব ঘটে, সিফিলিসে তা দেখা যায়না, সিফিলিস ঘটিত স্ফোটকের রং সাধারণত ফিকে-বাদামী বা নীলাভ-লাল।

লিকেনের অনুরূপ ভুসির মত আঁশযুক্ত প্রদাহ (Pityriasis lichenoides) : রোগটি বিরল, সময় সময় জলবসন্ত বলে ভুল করা হয়। প্রধানত হয় তরুণ-তরুণীদের। তীব্র অবস্থায় স্ফোটকগুলি সাধারণত দেখা দেয় দেহকাণ্ডে। প্রথমে দেখায় জলবসন্তের মত, কিন্তু অচিরে হয়ে পড়ে বহুরূপী—সজল ফুসকুড়ি, পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি, মামড়ি-ঢাকা রক্তস্রাবী ক্ষত এবং ছোট ছোট ক্ষতাঙ্ক। কয়েক মাস ধরে নতুন-নতুন গুচ্ছ-গুচ্ছ স্ফোটকোদ্‌গম হতে থাকে, অথবা ভুসির মত আঁশযুক্ত দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহের রূপ গ্রহণ করে বছরের পর বছর অপরিবর্তিত থেকে যায়। পিড়কাগুলি ক্ষুদ্রাকার, সমতলীয়, লালচে-বাদামী রঙের। প্রতিটি পিড়কা একটি মাত্র শল্কাবৃত, যা সহজেই খসে পড়ে এবং সেটাই রোগ নির্ণয়ের সঙ্কেত। বেগনি-পারের রশ্মি প্রয়োগে সাময়িক উপকার হতে পারে।

গ্রুপ V. পর্বাণুরূপী স্ফোটক এবং টিউমার

পর্বাণু (nodules) হল ত্বকের মধ্যে অথবা ত্বকের নিচে চারিদিক ঘেরা নিরেট কোন স্ফোটক, আকারে পিড়কার চেয়ে একটু বড়। অনেক স্ফোটকই শুরুতে পিড়কাকারে আর্বিভূত হয়ে পর্বাণু রূপ ধারণ করে এবং তখন তাদের আরও কিছু বৈশিষ্ট্য অনুসারে শ্রেণীবিভাগ হয়।

চর্মের কিছু কিছু টিউমার পর্বাকৃতি না হলেও বোঝার সুবিধার জন্যে এই বিভাগের অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

সংক্রামক দানার্বুদ ও অন্যান্য ব্যাধি

সাধারণ	বিরল
I. রক্তিম পর্বার্বু (§ 706) (Erythema nodosum)	IX. সিফিলিসের পর্বার্বুরূপী গুটি (§ 714)
II. শক্ত রক্তিমা (§ 707) (Erythema iuduratum)	X. কুষ্ঠ (§ 715)
III. পর্বার্বুরূপী রক্তনালীপ্রদাহ (§ 708) (Nodular vasculitis)	XI. চর্মের ইয়জ ব্যাধি (Yaws) (§ 716)
IV. সাধারণ লুপাস (§ 709) (Lupus vulgaris)	XII. ত্বকের লিশম্যানিয়া সংক্রমণ (§ 717)
V. সারকয়ডোসিস (§ 710) (Sarcoidosis)	XIII. পায়ে মাডুরা (ছত্রাক) সংক্রমণ (Madura foot) (§ 718)
VI. বাতকল্প পর্বার্বু (§ 711) (Rheumatoid nodules)	XIV. অ্যাকটিনোমাইকোসিস (§ 719)
VII. ত্বকের পীত অর্বুদ (§ 712) (Xanthoma)	XV. স্পোরোট্রাইচোসিস (Sporotrichosis) (§ 720)
VIII. লিউকিমিয়া (§ 713)	XVI. একাধিক ধমনীর পর্বার্বুরূপী প্রদাহ (§ 721) (Polyarteritis nodosa)
	XVII. ওয়েবার-ক্রিশ্চান বর্ণিত ব্যাধি (§ 722)
	XVIII. ছত্রাক সদৃশ ব্যাধি (§ 723) (Mycosis fungoid)
	XIX. অঙ্কোসারসা সংক্রমণ (Onchocerciasis) (§ 724)

XX. শল্ক জাতীয় এপিথিলিয়ার টিউমার (§ 625)

XXI. বুনিয়াদি কোষ গঠিত এপিথিলিয়ার টিউমার (§ 726) (Basal cell epithelioma)

XXII. কেরাটোঅ্যাকানথোমা (§ 727) (Keratoacanthoma)

XXIII. এপিথিলিয়া জাত ত্বকের অন্যান্য টিউমার (§ 728)

XXIV. ঘর্মমেদ ও এপিথিলিয়ার সিস্ট্ (§ 729)

XXV. রক্তনালী ও লসিকানালীর সিস্ট্ (§ 730)

XXVI. মেদার্বুদ (Lipoma) (§ 731)

XXVII. কলাকোষের টিউমার (Histocytoma) (§ 732)

XXVIII. পুঁজোৎপাদক দানাদার টিস্যু গঠিত টিউমার (§ 733)

XXIX. স্নায়ুতন্তুর টিউমার (Neurofibroma) (§ 734)

XXX. কৃষ্ণার্বুদ (Melanoma) (§ 756)

দানাদার টিস্যু গঠিত সংক্রামক টিউমার ও অন্যান্য ব্যাধি

§ 706. I. **রক্তিম পর্বাণু** একটি উপব্যাধি; অধিকাংশ ক্ষেত্রেই আক্রান্ত হয় 20 থেকে 30 বছর বয়স্কা তরুণী মেয়েরা।

লক্ষণ: অল্প জ্বর, অসুস্থতা বোধ এবং পেশী ও সন্ধিতে ব্যথার সঙ্গে দু-তিন ঝাঁক ফিকে-লাল বেদনাদায়ক পর্বাণু দেখা দেয় জঙ্ঘাস্থির[1] উপর (shin)। পর্বাণুগুলি সামঞ্জস্যপূর্ণভাবে বিন্যস্ত। কয়েকদিন পর পর এক এক ঝাঁকের আবির্ভাব ঘটে। অন্য কোন এলাকায় দেখা যায়না। দু-তিন সপ্তাহ পরে এগুলি ফিকে হয়ে যাওয়ার সময় ছড়ে যাওয়ার মত রং থেকে যায়।

উৎপত্তি: রক্তিম পর্বাণুর কারণ সম্ভবত কোন সংক্রমণ অথবা

1. জঙ্ঘা—হাঁটু থেকে গোড়ালি পর্যন্ত দেহাংশ; shin—জঙ্ঘাস্থির সম্মুখস্থ শিরাল

ওষুধের প্রতিক্রিয়া—হয়তো কোন অ্যালার্জি ঘটিত প্রতিক্রিয়া। ব্রিটেনে এ-রোগের প্ররোচক হল : (i) টিউবারকুলোসিস : প্রাথমিক সংক্রমণের যে-পর্যায়ে মাণ্টু বর্ণিত প্রতিক্রিয়ার উদ্ভব হয়ে থাকে, স্ফোটকের আবির্ভাব ঘটে সেই সময় ; (ii) স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণ ; (iii) বিভিন্ন ওষুধ—যেমন সালফাথায়াজল, আয়োডাইড ও ব্রোমাইড ; (iv) সারকয়ডোসিস। (v) বিরল কারণ হল মেনিনগোকক্কাস সংক্রমণ, যৌনাঙ্গে লসিকা-টিস্যুর টিউমার, কক্কাইডায়োআইডোমাইকোসিস[1] (coccidioidomycosis) এবং কুষ্ঠ। কখনো কখনো কারণ খুঁজে পাওয়া যায়না।

চি কি ৎ সা : রোগটি আপনা থেকেই সেরে যায় বলে শুধু শয্যাশায়ী অবস্থায় বিশ্রাম নেওয়া ও বেদনানাশক ওষুধই যথেষ্ট—যদি অবশ্য প্ররোচনা সৃষ্টিকারী সংক্রমণ না ঘটে।

§ 707. II. **শক্ত রক্তিমা** (Bazin বর্ণিত ব্যাধি) হচ্ছে যক্ষ্মার গুটি। সাধারণত দেখা যায় নবযৌবনা ও অল্পবয়সী মেয়েদের মধ্যে, বিশেষ করে যে-সব মেয়েরা বেশ শক্ত-সমর্থ, পাদুটি মেদবহুল এবং যাদের প্রান্তীয় রক্ত-স্রোত মন্থর।

ল ক্ষ ণ : পায়ের পিছনদিকে নিম্নার্ধে ত্বকের নিচে ফিকে-লাল কতকগুলি পর্বাণুর উদ্ভব হয় এবং সেগুলি কয়েক মাস স্থায়ী হতে পারে। পর্বাণুগুলি অবশোষিত হয়ে যেতে পারে অথবা ভেঙ্গে গিয়ে বেদনাহীন খাঁজকাটা ক্ষতের রূপ নেয়। ক্ষত নিরাময়ের পর সেখানে অবনমিত রঞ্জকায়িত ক্ষতাঙ্ক পড়ে থাকে।

রো গ নি র্ণ য় : গুটিদার তুষার-ক্ষতের সঙ্গে (perniosis) পার্থক্য নির্ণয় প্রায় অসম্ভব হয়ে পড়ে কারণ একই ধরনের ব্যক্তি উভয় ব্যাধিতেই আক্রান্ত হয়ে থাকেন। তবে লক্ষণীয় ক্ষতের উদ্ভব হলে রোগটি যক্ষ্মা প্রসূত বলে সন্দেহ করা যেতে পারে। এমনও হতে পারে, যক্ষ্মার কোন উৎস-কেন্দ্র থেকে বীজাণুগুলি রক্ত প্রবাহ মারফৎ কোন অবরুদ্ধ এলাকায় আবদ্ধ হয়ে বিশেষ ধরনের পর্বাণুতে রূপান্তরিত হয়েছে। সুতরাং বেজিন (Bazin) বর্ণিত ব্যাধি নির্ণয় করতে হবে দেহের অন্য কোথাও যক্ষ্মার নিদর্শন আছে

1. কক্কাইডায়োআইড্‌স্ ইম্মিটিস সংক্রমণ প্রসূত ত্বক ও ত্বকনিম্ন টিস্যুর, আভ্যন্তরীণ উপাঙ্গের ও কেন্দ্রীয় স্নায়ুতন্ত্রের দানাদার টিউমার।

কিনা, মাণ্টু বর্ণিত পরীক্ষার (অস্তিবাচক) প্রতিক্রিয়া এবং টিস্যু-গঠন চরিত্র পরীক্ষায় যক্ষ্মা জনিত পরিবর্তন কিছু ঘটেছে কি না, সেই ভিত্তিতে।

চি কি ৎ সা: সুনির্দিষ্ট কেমোথেরাপী চিকিৎসায় সাধারণত সুফল পাওয়া যায়; তবে পরবর্তী শীতের সময় পুনরাক্রমণ হতে পারে।

§ 708. III. **পর্বাণুরূপী রক্তনালী-প্রদাহ** সাধারণত হয় মধ্যবয়সী অথবা বয়স্কা মহিলাদের।

ল ক্ষ ণ: জঙ্ঘার নিম্নাংশে ঝাঁকবদ্ধ বেদনাদায়ক পর্বাণুর উদ্ভব হয়ে থাকে। শয্যাশায়ী থাকলে সেগুলি অদৃশ্য হয়ে যায়, কিন্তু পুনরাবির্ভাব ঘটতে পারে। প্রায়ই দেখা গেলেও এদের উৎপত্তির কারণ অজ্ঞাত এবং পায়ে এই ধরনের পর্বাণুরূপী স্ফোটকের নামটিও বিভ্রান্তিমূলক।

উ ৎ প ত্তি: অন্য যে-সব অবস্থার সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে সেগুলি হল: (i) শিরা ও ধমনী-প্রদাহের অন্যান্য নিদর্শন প্রকাশের বহু বছর আগে জঙ্ঘায় ও পায়ের পাতায় ছোট ছোট উজ্জ্বল লাল পর্বাণুর আবির্ভাব। জরা জনিত ধমনী-প্রদাহ থেকে উদ্ভূত একই অবস্থা। (2) দীর্ঘস্থায়ী সংক্রমণ প্রসূত নানা ধরনের নিদর্শন সমাহার—যেমন একই সঙ্গে পর্বাণু, পিড়কা, ফোস্কা এবং পারপিউরার সম্মিলিত আবির্ভাব।

§ 709. IV. **লুপাস ভালগারিস** হচ্ছে সবচেয়ে সাধারণ প্রকৃতির ত্বকযক্ষ্মার গুটিকা।

ল ক্ষ ণ: অধিকাংশ ক্ষেত্রেই শুরু হয় শৈশবে। প্রধানত আক্রান্ত হয় মুখমণ্ডলের ত্বক—বিশেষ করে নাকের ও কপোলের; অবশ্য যে-কোন স্থানেই হতে পারে—যেমন নাক, মুখবিবর এবং ল্যারিংক্স্-এর শ্লেষ্মাঝিল্লীও আক্রান্ত হতে পারে। প্রারম্ভিক স্ফোটকটি নরম লালচে-বাদামী জিলেটিনের মত পর্বাণু যা ডায়াস্কোপ[1] পরীক্ষায় দেখায় আপেলের জেলির মত। এই পর্বাণুগুলি জোটবদ্ধ হয়ে কতকগুলি অসম ফলক সৃষ্টি করে যার কেন্দ্রটি হয়তো ক্ষততন্তু গঠিত; তবে প্রায়ই কয়েকটি পর্বাণু ক্ষতাঙ্কতে থেকে যায়। চিকিৎসা না করলে এ-ব্যাধি ধীরে ধীরে ছড়িয়ে পড়ে সারা জীবন স্থায়ী হতে পারে, আবার মাঝে মাঝে উপশমও

1. Diascope—ত্বকের উপর একটি কাচের স্লাইড চেপে ধরে ত্বকের পরিবর্তন লক্ষ্য করা।

হয়। দ্রুত প্রসার লাভ করলে ক্ষত সৃষ্টি হওয়া এবং ক্ষতনিম্নস্থ টিস্যু ধ্বংস হওয়া সম্ভব; এবং পরিণামে প্রচণ্ড বিকৃতি ঘটতে পারে।

এ-রোগের নানা রকম নিদর্শনগত পার্থক্য দেখা যায়; ফলে শল্ক সৃষ্টি বা উপস্তকের কায়বৃদ্ধি ইত্যাদি যে-সব পরিবর্তন ঘটে তাতে এদের চেহারাই বদলে যেতে পারে। অবশ্য পর্বাণুগুলির বৈশিষ্ট্য থেকে রোগ নির্ণয় করা সম্ভব। এর পর ক্ষতস্থানে কারসিনোমা বা সারকোমা হওয়া বিচিত্র নয়। অতীতে এরকম ক্ষেত্রে রঞ্জন-রশ্মি চিকিৎসা করা হত বলে সেই প্রবণতা বৃদ্ধি পেত। আনুষঙ্গিক ফুসফুসের যক্ষ্মা ব্যতিক্রম; তবে কখনো কখনো অস্থি, অস্থিসন্ধি এবং গ্ল্যাণ্ডের টিউবারকুলোসিস হতে দেখা গিয়েছে। খুব বিরল ক্ষেত্রে শিশুদের এক ধরনের ছড়িয়ে-পড়া লুপাস হয়ে থাকে; বিশেষ করে হামজ্বরের পর দেখা যায় ব্যাপকভাবে ছড়িয়ে থাকা বৈশিষ্ট্যপূর্ণ দলবদ্ধ কতকগুলি পর্বাণু।

রো গ নি র্ণ য় করার সময় সিফিলিসের তৃতীয় পর্যায়, সারকয়ডোসিস এবং রক্তিমাভ লুপাসের কথা বিবেচনা করতে হবে। রক্তিমাভ লুপাসে (§ 631) রক্তিমার ফলকগুলিতে কোন পর্বাণু দেখা যায়না, কিন্তু কোষথলির অবরোধক (plugs), ক্ষয়িষ্ণুতা এবং কৈশিক জালিকার স্ফীতি উপস্থিত থাকে।

চি কি ৎ সা হিসাবে প্রয়োগ করা হয় আইসোনিয়াজিড—প্রতিদিন 0·2-0·5 গ্রাম মাত্রায় 6 মাস। এই ওষুধে শ্বেত কণিকার সংখ্যা হ্রাস পায় বলে কিছুদিন অন্তর তাদের সংখ্যা গণনা করা উচিত। ডায়াস্কোপ পরীক্ষায় যখন লুপাসের পর্বাণু আর পাওয়া যাবেনা সে-অবস্থায় ওষুধটির মাত্রা কমানো যেতে পারে, কিন্তু পুনরাবির্ভাবের উচ্চ হার নিবারণের জন্যে বেশ কয়েক মাস ধরে অল্প রক্ষণমাত্রায় চালিয়ে যাওয়া উচিত। সম্প্রতি আবির্ভূত পর্বাণুগুলিতে ওষুধটি বেশ ভালই কাজ করে, কিন্তু দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতাঙ্কবিশিষ্ট গুটিগুলির ক্ষেত্রে ততটা সুনিশ্চিত ফল পাওয়া যায়না। সে-অবস্থায় কয়েক সপ্তাহ একই সঙ্গে দৈনিক 1·0 গ্রাম মাত্রায় স্ট্রেপটোমাইসিন প্রয়োগের পর আগের মত শুধু আইসোনিয়াজিড চালিয়ে যেতে হবে। ক্যালসিফেরল-এর প্রচলনের পর লুপাসের চিকিৎসায় যথেষ্ট অগ্রগতি ঘটেছে। যেখানে অন্য ওষুধে ভাল ফল পাওয়া যাচ্ছেনা সেক্ষেত্রে এই ওষুধটি ব্যবহার করে দেখা যেতে পারে এবং সম্মিলিত প্রয়োগই বাঞ্ছনীয়।

এর প্রারম্ভিক মাত্রা 150.000 ইউনিট; তবে ক্ষুধামান্দ্য অবসাদ ইত্যাদি বিষক্রিয়ার লক্ষণ দেখা দিলে মাত্রা কমাতে হবে। ক্যালসিফেরল প্রয়োগের সময় নিয়মিতভাবে সিরামে ক্যালসিয়ামের হার নির্ধারণ করা উচিত। কিডনীর কিংবা হৃৎপিণ্ড-রক্তনালীর ব্যাধি থাকলে ক্যালসিফেরল-এর প্রয়োগ অনভিপ্রেত। লক্ষণ ও নিদর্শনগত অভিজ্ঞতা, টিস্যুর গঠনচরিত্র পরীক্ষা ও জীবাণু বিশ্লেষণ ইত্যাদি সব কিছু থেকেই এই নির্দেশ পাওয়া যায় যে নিরাময় হওয়ার পরেও রোগীকে বেশ কিছুদিন চিকিৎসকের নিয়মিত তত্ত্বাবধানে রাখা উচিত।

§ 710.V. **সারকয়ডোসিস**[1] : অন্যান্য তন্ত্রীয় বিকার-লক্ষণ বিচার করার সঙ্গে সঙ্গে চর্ম-বিকারের লক্ষণ ও নিদর্শনগুলিও সযত্নে বিশ্লেষণ করা উচিত; সঙ্গে বিচার করতে হবে ল্যাবরেটারী পরীক্ষার ফলগুলি (§ 141)।

লক্ষণ: সারকয়ডোসিস-এর শতকরা 30-50 ভাগ ক্ষেত্রে ত্বক আক্রান্ত হয়ে থাকে। ত্বকের সেই বিকারগুলি অন্যান্য বিকারের আগে কিংবা পরে দেখা দিতে পারে; শুধু বিরল ক্ষেত্রেই সেগুলি তন্ত্রীয় বিকারের সঙ্গে এক-যোগে উপস্থিত থাকে। নিদর্শনগতভাবে ত্বকের সারকয়ডোসিস-এর কয়েকটি ধরন লক্ষ্য করা যায়: (i) পিড়কা, পর্বাণু বা ফলকের আবির্ভাব ঘটে প্রধানত মুখমণ্ডলে এবং উর্ধ্বাঙ্গে; কখনো কখনো দেখা যায় বলয়াকার বহিরঙ্গ। স্ফোটকগুলি বাদামী-লাল বর্ণ এবং লুপাস ভালগারিস-এর চেয়ে কোমলতা ও স্বচ্ছতাও কম। (ii) তুষার-ক্ষতের অনুরূপ লুপাস—নাকে কপোলে এবং আঙ্গুলে নীলাভ ফলক বিশিষ্ট ক্ষত। (iii) ত্বকের নিচে বাদামী-লাল পর্বাণু। (iv) রক্তনালীর লুপাস সদৃশ—সাধারণত মুখমণ্ডলের কেন্দ্রস্থলে দেখা দেয় রক্তনালী গঠিত পর্বাণু।

রোগ নির্ণয়: শুধু টিস্যুর গঠনচরিত্র বিচারের ভিত্তিতে সারকয়-ডোসিস নির্ণয় করা উচিত নয় এই কারণে যে সারকয়েড জাতীয় টিস্যুর উদ্ভব সুনির্দিষ্ট নয়, বহিরাগত পদার্থ দ্বারাও এর উৎপত্তি সম্ভব (যেমন সিলিকা প্রসূত গ্র্যানুলোমা); কুষ্ঠ এবং সিফিলিসেও এই জাতীয় স্ফোটক লক্ষ্য করা গিয়েছে।

---

1. **Sarcoid**—এপিথিলিয়া সদৃশ কোষের পনিরায়নহীন (**noncaseous**) যক্ষ্মা।

§ 711. VI. **বাতকল্প পর্বাণু** (Rheumatoid nodules) : বাতকল্প সন্ধিব্যাধিতে আক্রান্ত শতকরা 10টি রোগীর ক্ষেত্রে ত্বকনিম্ন পর্বাণু লক্ষ্য করা যায় (§ 597)। এগুলি সাধারণত দেখা দেয় পুরোবাহুর বহির্বিস্তারী তলে, কখনোবা জানুকাপালিক (patella) ও অস্থির অন্যান্য উদ্‌গত অংশে এবং টেনডন-আবরণীতে। পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে বাতজনিত পর্বাণু এবং সিফিলিস ও ইয়জ (Yaws) ব্যাধি প্রসূত সন্ধি-সমীপ পর্বাণুর সঙ্গে।

§ 712. VII. **পীত অর্বুদ** (Xanthoma) : ত্বকের পীত অর্বুদকে নিম্নোক্ত কয়েকটি ভাগে ভাগ করা যায় :

(1) উত্তল পীত অর্বুদ : এতে পীতাভ পর্বাণুর উদ্ভব হয়ে থাকে যেগুলি ক্ষেত্রবিশেষে ছোট ছোট লোবিউল বা অবিভক্ত খণ্ডবিশিষ্ট (lobulated)। এদের উদ্ভব হয় হাত-পায়ের বহির্বিস্তারী তলে, নিতম্বে, টেনডন-আবরণীতে এবং করতলের খাঁজসমূহে। যে-কোন বয়সেই হতে পারে। রক্তে কোলে-স্টেরল বৃদ্ধির কারণে ত্বকে যে-ধরনের গুটির উদ্ভব হয় তার সঙ্গে পীতার্বুদের কিছু ছোটখাট অস্থায়ী পার্থক্য থাকতে পারে। উৎপত্তি : যে-সব পরিবারে কোলেস্টেরল বৃদ্ধির প্রবণতা আছে তাদের মধ্যে, রক্তে স্বতোৎসারিত মৌলিক মেদবৃদ্ধিতে (উভয় ক্ষেত্রেই করোনারী ব্যাধির প্রকোপ সম্ভাবনা থাকে), পিত্ত জমে যাওয়ার কারণ জনিত লিভারের সিরোসিসে, ডায়াবিটিস মেলিটাসে এবং উচ্চ হারে কোলেস্টেরল সহ অন্যান্য বিশৃঙ্খলায় পীতার্বুদ হতে দেখা গিয়েছে।

(2) ছড়িয়ে-পড়া ধরনের পীতার্বুদে পর্বাণুগুলি ছোট ছোট। এগুলি প্রধানত ত্বকের ভাঁজ-হওয়া অংশে রেখানুসারে বিন্যস্ত থাকে। এক্ষেত্রে সিরামে কোলেস্টেরল ও মেদের হার স্বাভাবিক।

(3) জড়ুলরূপী পীত অন্তর্ঝিল্লীর[1] গুটিগুলি (naevoxanthoendo-thelioma) দেখতে লালচে-হলুদ পর্বাণুর মত, সংখ্যায় একটি বা একাধিক, জন্মকালেই উপস্থিত থাকে অথবা প্রথম শৈশবেই আবির্ভূত হয়। কয়েক বছরের মধ্যেই এগুলি আপনা থেকেই অদৃশ্য হয়ে যায়। সিরাম কোলেস্টেরল ও মেদের হার স্বাভাবিক।

(4) কোষ মধ্যস্থ কোলেস্টেরল বিশৃঙ্খলা খুবই বিরল। শুরু হয়

1. অন্তর্ঝিল্লী—endothelium

শৈশবে। হ্যাণ্ড শ্যুলার-ক্রিশ্চিয়ান (Hand-Schuller-Christian) বর্ণিত ব্যাধি (§ 559) এবং ইয়োসিনোফিল ঘটিত গ্র্যানুলোমা এই গোষ্ঠিরই অন্তর্ভুক্ত।

§ 713. VIII. লি উ কি মি য়া: তীব্র অথবা দীর্ঘস্থায়ী উভয় ধরনের লিউকিমিয়াতেই পারপিউরা, ফোড়া, চুলকানি এবং অনির্দিষ্ট ধরনের স্ফোটকোদ্ভব খুবই সাধারণ ঘটনা। প্রধানত মুখমণ্ডলের ত্বকে দেখা দেয় পাঁশুটে-লাল পর্বাণু যার ফলে চেহারাটি হয় সিংহমুখের মত। এবং এই অবস্থা সৃষ্টি হতে পারে দীর্ঘস্থায়ী লসিকাবাহ লিউকিমিয়ার তন্ত্রীয় পরিবর্তনগুলি প্রকাশ পাওয়ার আগেই। মনোসাইটবহুল লিউকিমিয়ায় দেখা যায় নীলাভ-লাল পর্বাণু কিংবা ফলক। মজ্জাকোষবহুল দীর্ঘস্থায়ী লিউকিমিয়ায় (myeloid) ত্বক আক্রান্ত হওয়া নিতান্তই ব্যতিক্রম; যদি কখনো পর্বাণুর উদ্ভব হয় সেগুলি রক্তস্রাবী ও ক্ষয়িষ্ণু, সচরাচর দেখা দেয় দেহকাণ্ডে।

§ 714. IX. **পর্বাণুরূপী সিফিলিসের গুটি** সাধারণত সংক্রমণের কয়েক বছর পরে ছাড়া প্রকাশ পায়না।

ল ক্ষ ণ: স্ফোটকগুলি দেহের যে-কোন অংশে উদ্ভব হতে পারে। এগুলি সুসমঞ্জসভাবে বিন্যস্ত, সাধারণত একটি এলাকায় সীমাবদ্ধ।

ফিকে-লাল গুটিগুলি বৃত্তাকারে সংঘবদ্ধ। এরা ক্ষত সৃষ্টি করতে পারে। লুপাস যেখানে সম্প্রসারিত হতে সময় নেয় প্রায় এক বছর, সেই তুলনায় সিফিলিসের পর্বাণু মাসখানেকের মধ্যেই ছড়িয়ে পড়ে এবং রেখে যায় নরম ক্ষয়িষ্ণু ক্ষতাঙ্ক। গামা বা উপদংশার্বুদ হচ্ছে গভীরে অবস্থিত বেদনাহীন পর্বাণু যা উপরদিকে, ত্বকের অভিমুখে সম্প্রসারিত হয় এবং ভেঙ্গে গিয়ে সুস্পষ্ট সীমান্তবিশিষ্ট ক্ষতে পরিণত হয়।

§ 715. X. কুষ্ঠ:

ল ক্ষ ণ: অতীতে এই ব্যাধির যে শ্রেণী বিভাগ করা হত, 1948 সালে পঞ্চম আন্তর্জাতিক কুষ্ঠ সম্মেলনের সময় থেকে তার পরিবর্তন হয়েছে। লক্ষণ ও নিদর্শনগত সম্পূর্ণ চিত্রটি প্রকাশ পাওয়ার কয়েক মাস বা কয়েক বছর আগে থেকেই জ্বর, অসুস্থতা বোধ, হাতে-পায়ে ব্যথা ইত্যাদি সঙ্কেতমূলক

লক্ষণগুলি দেখা দেয়। (i) বী জা ণু ব হু ল প র্বা ণু বি শি ষ্ট কু ষ্ঠ (lepromatous): মুখমণ্ডলে দেখা দেয় ফিকে-লাল বীজাণুভরা পর্বাণু, যার ফলে চেহারাটি হয় সিংহমুখের মত ; আর দেখা দেয় হাতে-পায়ে, কখনো বা দেহকাণ্ডে। এই পর্বাণুগুলি জোটবদ্ধ হয়ে বড় বড় ফলক সৃষ্টি করতে পারে। প্রথম থেকেই নাসা ও ফ্যারিংক্স্ আক্রান্ত হতে পারে। ব্যাধিটি বর্ধনশীল, তবে মাঝে মাঝে কমে যায়। আক্রান্ত স্থানে প্রচুর সংখ্যক বীজাণু উপস্থিত থাকে এবং রোগটি প্রায়ই সংক্রামক। ত্বকে "লেপ্রোমিন[1]" পরীক্ষার প্রতিক্রিয়া হয় নাস্তিবাচক। (ii) গু টি দা র কু ষ্ঠ : ত্বকের দাগগুলি অনেকটা উপরতলীয় ও রঞ্জকান্বিত এবং অসাড়। পরিপোষণ সংক্রান্ত পরিবর্তনগুলি যথেষ্ট প্রকট। প্রান্তীয় স্নায়ুকাণ্ডগুলি বড় হওয়ার ফলে করানুভূতিতে অনুভব করা যায় এবং পেশীর অবক্ষয় ও পক্ষাঘাতের কারণে হাতদুটি পশু-পাখির বক্র নখরের মত বিকৃত হয়ে পড়ে। হাত-পায়ের পরিপোষক সংক্রান্ত ক্ষত বিধ্বংসী হতে পারে। ক্ষতে কিছু কুষ্ঠ-বীজাণু উপস্থিত থাকে ; তাদের প্রতিরোধ শক্তি খুব উচ্চ পর্যায়ের এবং এই প্রকৃতিটি উপশম-প্রবণ। এই ধরনের রোগীরা সাধারণত অসংক্রামক। লেপ্রোমিন-প্রতিক্রিয়া সাধারণত অস্তিবাচক। (iii) কখনো কখনো মধ্যস্তরের এবং অনির্ণেয় প্রকৃতিও দেখা গিয়েছে।

রো গ নি র্ণ য় : বীজাণুবহুল পর্বাণুরূপী (lepromatous) কুষ্ঠ নির্ণয় করা হয় ত্বকের বায়োপ্‌সীতে এবং নাসাস্রাবে বীজাণুদের উপস্থিতি মারফৎ। লেপ্রোমিন পরীক্ষায় অস্তিবাচক প্রতিক্রিয়া গুটিদার প্রকৃতি নির্ণয়ে সাহায্য করবে। যেখানে স্নায়ু আক্রান্ত হওয়ার ফলে পেশীর ক্রমবর্ধমান অবক্ষয় ঘটেছে সেরকম ক্ষেত্রে অ্যামাইওট্রোফিক ল্যাটারাল স্ক্লেরোসিস[2] (amyotrophic lateral sclerosis), বক্ষের প্রবেশদ্বার সংক্রান্ত উপব্যাধি (thoracic inlet syndrome)[3], ত্বককাঠিন্য (sclero-

1. Lepromin—কুষ্ঠাক্রান্ত টিস্যু ও কুষ্ঠ বীজাণু বারবার ফুটিয়ে অটোক্লেভ করে এবং গজে পরিস্রাবিত করে সেই পরিস্রুত নিলম্বন ত্বকে ইনজেকসন করা হয় কুষ্ঠ বীজাণুদের প্রতি সংবেদ্যতা লক্ষ্য করার জন্যে।

2. নিম্ন মোটর নিউরোন ব্যাধিগ্রস্ত হয়ে হাতের ও পায়ের পেশীর অবক্ষয় ও গুচ্ছবদ্ধতা সৃষ্টি করে (§ 1001)।

3. ব্রেকিয়াল প্লেকসাসের উপর চাপ জনিত হাত ও আঙুল নীল ও স্ফীত হয়ে যায় ; কাঁধ ঝুঁকে পড়ে, পেশীর টান নষ্ট হয়ে যায় (§ 824)।

derma) এবং রেনড বর্ণিত ব্যাধির সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে।

উ ৎ প ত্তি : কুষ্ঠ একটি দীর্ঘস্থায়ী ব্যাধি যার উৎপত্তি মাইক্রোব্যাকটিরিয়া লেপ্রা থেকে। গ্রীষ্মমণ্ডলীয় বহু দেশে এটি একটি স্থানীয় ব্যাধি। গ্রেট ব্রিটেনে অধিকাংশ ক্ষেত্রে এর সংক্রমণ ঘটেছে বিদেশে। গত দ্বিতীয় বিশ্বযুদ্ধের সময় যাঁরা গ্রীষ্মমণ্ডলীয় অঞ্চলে কাজ করেছেন তাঁদের মধ্যে কিছু লোক এই রোগে আক্রান্ত হন। রোগটি বেশ কিছু কাল ধরে ঘনিষ্ঠ সম্পর্ক মারফৎ পরিবাহিত হয়ে থাকে এবং বিশেষ করে সংবেদী হয় শিশুরা। উপ্তিকাল বেশ দীর্ঘ—সাধারণত তিন থেকে পাঁচ বছর।

চি কি ৎ সা র জন্যে প্রয়োজন পুষ্টিকর খাদ্য, জীবনযাত্রার উন্নত পরিবেশ, আনুষঙ্গিক অন্যান্য ব্যাধির নিরসন এবং দীর্ঘকাল ধরে বীজাণুধ্বংসী সালফোন জাতীয় ওষুধ সেবন। বিরূপ প্রতিক্রিয়া নিবারণের জন্যে ড্যাপসোন[1] ট্যাবলেট দেওয়া হয় প্রথমে খুব অল্প মাত্রায়। সপ্তাহে মাত্র দুটি মাত্রা দেওয়া হয়—প্রথম সপ্তাহে 25 মিলিগ্রাম, দ্বিতীয় সপ্তাহে 50 মিলিগ্রাম, তৃতীয় সপ্তাহে 75 মিলিগ্রাম, চতুর্থ সপ্তাহে 100 মিলিগ্রাম দ্বিতীয় মাসে 200, তৃতীয় মাসে 300 মিলিগ্রাম এবং রোগী যদি সহ্য করতে পারেন তবে চতুর্থ এবং পরবর্তী মাসগুলিতে সপ্তাহে 2 বার করে 400 মিলিগ্রাম। বিরূপ প্রতিক্রিয়ার উদ্ভব হলে সাময়িকভাবে মাত্রা কমিয়ে দিতে কিংবা ওষুধ বন্ধ করে দিতে হবে; দুরন্ত প্রতিক্রিয়ায় দিতে হবে কর্টিকোস্টেরয়েড। প্রকট প্রতিক্রিয়ায় ড্যাপসোন-এর পরিবর্তে তুলনায় কম বিষক্রিয় সোলোপসোন[2] (শতকরা 50 ভাগ সলিউসন) পেশীমধ্যে ইনজেকসন দেওয়া যায়—2·5 মিলিলিটার মাত্রায় সপ্তাহে 2 দিন। সালফোন যাঁরা সহ্য করতে পারেন না তাঁদের স্ট্রেপটোমাইসিন ইনজেকসন দিলে সুফল পাওয়া যেতে পারে। চিকিৎসা চালিয়ে যেতে হবে কমপক্ষে 12 মাস এবং আপাত নিরাময়ের পর অন্তত 6 মাস।

§ 716. XI. **ইয়জ ব্যাধি (Yaws ; Frambaesia) :** বহু গ্রীষ্মমণ্ডলীয় দেশে এটি একটি ব্যাপক ব্যাধি।

ল ক্ষ ণ : প্রাথমিক স্ফোটকটি দেখা দেয় যৌনাঙ্গের বাইরে দেহের

---

1. Dapsone 2. Solopsone

উন্মুক্ত স্থানে। 2-4 সপ্তাহ উপ্তিকালের পর যেখানে বীজাণুর অনুপ্রবেশ ঘটেছে সেখানে একটি মামড়িযুক্ত পিড়কার উদ্ভব হয় এবং সেটি ক্রমে বড় হয়ে ক্ষত সৃষ্টি করে। এর আগে কিছু মৃদু সর্বাঙ্গীণ লক্ষণও দেখা দিতে পারে। দ্বিতীয় পর্যায়ের স্ফোটকগুলির উদ্ভব হয় 1-3 মাস পরে এবং তার সঙ্গে থাকে শিরঃপীড়া, অস্থি ও সন্ধিতে ব্যথা। এগুলি হল অসমভাবে বিন্যস্ত ঝাঁকবদ্ধ মামড়িযুক্ত পিড়কা যার মধ্যে কিছু রাজবেরির[1] মত পর্বাণুতে রূপান্তরিত হয়, আবার কিছু, বিশেষ করে করতলে ও পদতলে, আঁচিলের রূপ ধারণ করে। দ্বিতীয় পর্যায়ের এই স্ফোটকগুলির অধিকাংশই তিন থেকে বারো মাসের মধ্যে মিলিয়ে যায়। কয়েক মাস বা কয়েক বছর পরে আবির্ভাব ঘটে তৃতীয় পর্যায়ের; তার বহিঃপ্রকাশ হল আঠাল পর্বাণু (বা গামা), অস্থি ও পেরিয়স্টিয়াম-এর প্রদাহ, সন্ধিসমীপ পর্বাণু। হৃৎপিণ্ড-রক্তনালীতন্ত্র এবং স্নায়ুতন্ত্র কখনো আক্রান্ত হয়না। ওয়াশারম্যান উদ্ভাবিত পরীক্ষার ফল অস্তিবাচক। নাকের পাশে অস্থিবৃদ্ধি (গুনডু; goundou) হয় আরও পরে।

উৎপত্তি: এই রোগ সৃষ্টিকারী এজেন্ট ট্রিপোনিমা পারটেনু (pertenue); একে সিফিলিসের স্পাইরোচিটা ট্রিপোনিমা প্যালিডাম-এর থেকে আলাদাভাবে চেনা খুবই দুষ্কর। যৌন সঙ্গম মারফৎ এর পরিবহণ হয়না, ছড়ে যাওয়া ত্বকের উন্মুক্ত স্থান দিয়ে, হয়তো কোন রোগবাহক কীটাণু মারফৎ সরাসরি অনুপ্রবেশ ঘটে। নরনারী নির্বিশেষে যে-কোন বয়সেই এই রোগ হতে পারে। অস্বাস্থ্যকর জনবহুল পরিবেশ রোগ সৃষ্টির সহায়ক। এ-রোগের কোন জন্মগত রূপ নেই।

চিকিৎসা: সিফিলিসের মতই পেনিসিলিন প্রয়োগ করতে হবে (§ 500)। টেট্রাসাইক্লিনেও কাজ হয়।

§ 717. XII. **ত্বকে লিশম্যানিয়া সংক্রমণ** (প্রাচ্য দেশীয় ঘা; Oriental sore) ভূমধ্য সাগরীয় অঞ্চলের অন্যতম স্থানীয় ব্যাধি। এর উৎপত্তি লিশম্যানিয়া ট্রপিকা দ্বারা, যা বেলেমাছির দংশন মারফৎ মানব দেহে পরিবাহিত হয়ে থাকে। উপ্তিকাল 2 সপ্তাহ থেকে বৎসরাধিক—গড়ে 5 সপ্তাহ।

---

1. রাজবেরি—বৈঁচির মত ছোট রসাল ফল

ল ক্ষ ণ : সাধারণত আক্রান্ত হয় দেহের উন্মুক্ত এলাকা। সৃষ্টি হয় একটি শক্ত নীলাভ-লাল পিড়কা। সেটি ধীরে ধীরে বড় হয়, শল্কযুক্ত হয়ে পড়ে এবং পরে ভেঙ্গে গিয়ে ক্ষতের রূপ নেয়—যার চারপাশে কতকগুলি উপক্ষতের আবির্ভাব ঘটতে পারে। কয়েক মাসের মধ্যে ক্ষতাঙ্ক সৃষ্টি দ্বারা উপশম হয়ে যায়। এ-রোগের লক্ষণ ও নিদর্শনগত অনেকগুলি রূপের বর্ণনা করা হয়েছে, আঞ্চলিক পার্থক্যও আছে। তার মধ্যে একটি প্রকৃতিতে প্রাথমিক পিড়কা থেকে অথবা সেরে যাওয়া ক্ষতের চারপাশে লুপাসের মত পর্বাণুর উদ্ভব হয়ে থাকে। রোগের স্থিতিকাল বিভিন্ন রকম।

রো গ নি র্ণ য় করা হয় স্ফোটকে লিশম্যানিয়ার উপস্থিতি মারফৎ।

চি কি ৎ সা নির্ভর করে স্ফোটকের স্তর ও প্রকৃতির উপর। প্রাথমিক পর্যায়ে ক্যাসটেলানি (Castellani) উদ্ভাবিত প্রলেপ লাগানো হয়। মুখ-মণ্ডলের স্ফোটকে 0·05-0·10 গ্রাম মেপাক্রিন 1-2 মিলিলিটার পাতিত জলে দ্রবীভূত করে স্ফোটকের মধ্যে ইনজেকসন করা হয়, 10 দিন অন্তর দু-তিনবার। ছোটখাট স্ফোটকে বৈদ্যুতিক তঞ্চন বেশ উপযোগী, আর পুরান দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতে রঞ্জনরশ্মি চিকিৎসা। যেখানে অসংখ্য ঘা হয়েছে সে-রকম ক্ষেত্রে কেউ কেউ শিরাপথে পঞ্চযোজী অ্যান্টিমনি যৌগ প্রয়োগ করে থাকেন।

মধ্য আমেরিকার স্থানীয় ব্যাধি আমেরিকান লিশম্যানিয়ার সংক্রমণ ঘটে কায়িক গঠনের দিক থেকে একই রকম জীবাণু লিশম্যানিয়া ব্রেজিলিয়ানসে মারফৎ। এতে প্রায়ই আক্রান্ত হয় নাক এবং ঠোঁট।

§ 718. XIII. **মাডুরা-পা** (Madura foot; Maduromycosis): গ্রীষ্ম এবং আধাগ্রীষ্মমণ্ডলীয় অঞ্চলের এই ব্যাধির বিশেষত্ব হচ্ছে পায়ের পাতায় শক্ত পর্বাণু, পুঁজযুক্ত প্রদাহ এবং সাইনাসের উদ্ভব। একাধিক প্রজাতিভুক্ত ছত্রাক দ্বারা সংক্রমণ হতে পারে এবং ব্যাধিগ্রস্ত অবস্থায় সেগুলি দেখায় অ্যাকটিনোমাইকোসিসের মত। চিকিৎসা অস্ত্রোপচার; সাল-ফোনামাইডেও কাজ হতে পারে।

§ 719. XIV. **ত্বকের অ্যাকটিনোমাইকোসিস** সচরাচর দেখা যায়না। কখনো কখনো গ্রীবা ও মুখের ত্বকে আনুষঙ্গিক সংক্রমণ হয়ে থাকে। প্রাথমিক সংক্রমণে জোটবদ্ধ কতকগুলি দৃঢ় ফিকে-লাল পর্বাণুর উদ্ভব হয়ে শেষ পর্যন্ত সেগুলি বিশেষ ধরনের সাইনাসে পরিণত হয়। সেই

পুঁজে অ্যাকটিনোমাইকোসিসের দানা পাওয়া যেতে পারে (§ 337)।

§ 720. XV. **স্পোরোট্রাইকোসিস** (Sporotrichosis) হচ্ছে স্পোরোট্রাইকিয়াম স্কিনেকাই (schenekii) নামক ছত্রাক সংক্রমণ। এই ছত্রাকগুলি সারা দুনিয়ায় মৃতজীবী বীজাণু হিসাবে মাটিতে উদ্ভিদে কাঠে বা খড়ে ব্যাপকভাবে ছড়িয়ে থাকে। যেখানে ছত্রাকের অনুপ্রবেশ ঘটেছে সেখানে পর্বাণু কিংবা ক্ষত দেখা দেয় এবং পরবর্তী কালে লসিকা সরবরাহের পথ ধরে আবির্ভাব ঘটে গামা জাতীয় পর্বাণু। এছাড়া বিরল এক ধরনের সর্বাঙ্গীণ রূপও চিহ্নিত হয়েছে যাতে সর্বাঙ্গে ত্বকের নিচে পর্বাণু সৃষ্টি হয়ে থাকে (§ 147)। যেখানে ত্বক আক্রান্ত সেক্ষেত্রে পটাসিয়াম আয়োডাইড প্রয়োগে দ্রুত সাড়া পাওয়া যায়।

§ 721. XVI. **একাধিক ধমনীর গুটিযুক্ত প্রদাহ** কমই দেখা যায় (§ 98)। এ-রোগের সর্বাঙ্গীণ রূপে ত্বকে বহিঃপ্রকাশ হয় নানা ধরনের—আঘাত, ফোস্কা, পারপিউরা এবং স্কারলেটিনার অনুরূপ রক্তিমা। এগুলি হল অনির্দিষ্ট রূপ। ত্বক-নিম্ন পর্বাণু, আঙ্গুরগুচ্ছাকৃতি বিবর্ণ ছোপ এবং ত্বকের গ্যাংগ্রিন রোগ নির্ণয়ের কাজকে সহজ করে দেয়। অধুনা একাধিক ধমনী-প্রদাহের এক জাতীয় নিরীহ চর্মরূপ চিহ্নিত করা গিয়েছে যাতে পায়ে, বাহুতে, কখনোবা অন্যত্র জোটবদ্ধ পর্বাণুর উদ্ভব হয়ে থাকে। এই রূপটির স্বীকৃতি গুরুত্বপূর্ণ এই কারণে যে অন্যথায় টিস্যুর গঠনচরিত্র বিশ্লেষণের ভিত্তিতে অনুমিত পূর্বাভাসকে অযৌক্তিকভাবে অশুভ গণ্য করা হত।

§ 722. XVII. **ওয়েবার-ক্রিশ্চিয়ান** (Weber-Christian) **বর্ণিত ব্যাধি :** বারবার জ্বর সহ পুঁজহীন ত্বকনিম্ন মেদ-প্রদাহ খুবই বিরল। বেশি আক্রান্ত হন মহিলারা।

ল ক্ষ ণ : বারবার প্রবল জ্বরের সঙ্গে ত্বকের নিচে ঝাঁকে ঝাঁকে পর্বাণুর উদ্ভব হয়। তাদের ব্যাস কয়েক সেন্টিমিটার। দেখা দেয় ঊরুতে, বাহুতে কিংবা দেহকাণ্ডে। প্রথমে ত্বকের রং রক্তিমাভ, কিন্তু পরে ত্বকনিম্ন মেদস্তরে প্রদাহ জনিত পরিবর্তনের উপশম হলে স্বাভাবিক রং ফিরে আসে ; তখন মেদ ক্ষয় পাওয়ার ফলে আক্রান্ত স্থলটি অবনমিত হওয়ায় সেখানকার ত্বকও নেমে যায়। চিকিৎসা হিসাবে কর্টিসোনে সুফল পাওয়া যায় বলে শোনা গিয়েছে।

§ 723. XVIII. ত্বকের মারক ছত্রাক রোগ (Mycosis fungoid) :

এ-রোগের শেষ বা টিউমার পর্যায়ের বৈশিষ্ট্য হিসাবে দেখা দেয় কিশমিশ রঙের অথবা লালচে-বাদামী রঙের কতকগুলি পর্বাণু যেগুলি কখনো অবিভক্ত খণ্ডবিশিষ্ট, কখনোবা বৃন্তযুক্ত এবং শেষ পর্যন্ত ক্ষতরূপী। ব্যাধিটি বিরল, প্রধানত হয় পুরুষদের এবং সাধারণত দীর্ঘস্থায়ী। প্রাথমিক স্ফোটকগুলি (প্রাক-পর্বাণু স্তরে) সাধারণত উপদহনশীল রক্তিমার ফলক এবং উপরতল শল্কযুক্ত (§ 666) ; তুলনায় অল্পসংখ্যক ক্ষেত্রে সেগুলি একজিমাক্রান্ত অথবা রক্তিম-ত্বকরূপী হতে পারে। বহু বছর বিরতির পর শুরু হয় দ্বিতীয় পর্যায়—দেখা দেয় ফিকে-লাল শক্ত কুণ্ডলীকৃত কতকগুলি ফলক এবং কয়েক মাস পরে সেই ফলকগুলির উপর উদ্ভব হয় পর্বাণুরূপী টিউমার। ব্যাধিটি শেষ পর্যন্ত প্রাণহন্তারক, কিন্তু টিউমারগুলি বিকিরণ-সংবেদী ; সাবধানে রঞ্জনরশ্মি ও মাস্টার্ড চিকিৎসার পরিকল্পনা করলে রোগী বেশ কিছুদিন বেঁচে থাকতে পারেন।

লসিকাতন্ত্রের এবং জালিকাকোষের সারকোমাতে ত্বকের একটি বা একাধিক পর্বাণু সৃষ্টি হতে পারে।

§ 724. XIX. অঙ্কোসেরকাইয়াসিস-এর (onchocerciasis) কারণ ফাইলেরিয়া গোষ্ঠিভুক্ত ক্রিমি অঙ্কোসেরকা ভলভুলাস-এর (§ 542) সংক্রমণ। পশ্চিম ও মধ্য আফ্রিকায় এবং মধ্য-আমেরিকায়, বিশেষ করে গুয়েতেমালা ও মেকসিকোতে এই রোগের প্রাদুর্ভাব।

ল ক্ষ ণ : প্রথমে শুরু হয় হাতে-পায়ে, নিতম্বে ও কাঁধে চুলকানি যা যথেষ্ট উগ্র ধরনের হতে পারে। এরপর মাইক্রোফাইলেরিয়াগুলি হানা দেয় চোখে এবং সৃষ্টি করে অক্ষিকৃষ্ণ বা কোরয়েড-প্রদাহ, কনীনিকা-প্রদাহ এবং নেত্রস্বচ্ছ বা কর্নিয়া-প্রদাহ জনিত অন্ধত্ব। পরিণত ফাইলেরিয়া কীটগুলি তন্তুকলায় থলিবদ্ধ (encysted) হওয়ার কারণে সঙ্গে সঙ্গে উদ্ভব হয় ত্বকনিম্ন পর্বাণু—সাধারণত শ্রোণীচক্রের চারপাশে কিংবা মাথায়। পরবর্তী কালে এগুলি থলিবদ্ধ বা সিস্টরূপী টিউমারে পরিণত হয়।

রো গ নি র্ণ য় : ত্বকের চাঁচি নরম্যাল সেলাইনের মধ্যে সূচ দিয়ে ছড়িয়ে অণুবীক্ষণের সাহায্যে তার মধ্যে ফাইলেরিয়ার শূককীট চিহ্নিত করা হয়। নেত্রস্বচ্ছ বা কর্নিয়ার অণুবীক্ষণ মারফৎ চোখের মধ্যেও শূককীটের দেখা মিলতে পারে। প্রায়ই রক্তে ইয়োসিনোফিলের আধিক্য লক্ষ্য করা

যায় এবং ত্বকে ফাইলেরিয়ার অ্যান্টিজেন দিয়ে পরীক্ষা করলে ফল হয় অস্তিবাচক।

চিকিৎসা করা হয় ডাইইথিলকারবামাজিন[1] (বেনোসাইড, হেট্রাজান) দিয়ে। প্রথমে মুখ দিয়ে অল্প মাত্রায় (প্রতি কেজি ওজনে 0·5 মিলিগ্রাম) শুরু করে ধীরে ধীরে পূর্ণ মাত্রায় (প্রতি কেজি ওজনে প্রতিদিন 6-12 মিলিগ্রাম) পৌছানো হয় এবং সেইভাবেই চালিয়ে যাওয়া হয় তিন সপ্তাহ। সঙ্গে সপ্তাহে 1·0 গ্রাম করে সুরামিন শিরাপথে ইনজেকসন দেওয়া হয় 5 সপ্তাহে 5টি। চিকিৎসার সূচনায় ত্বকের অবস্থায় যথেষ্ট অবনতি ঘটতে পারে যা হিস্টামিনবিরোধী ওষুধের দ্বারা আংশিকভাবে নিয়ন্ত্রণ করা সম্ভব। চোখে খুব বেশি বিরূপ প্রতিক্রিয়া বিরল; সে-রকম কিছু হলে হাইড্রোকর্টিসোন চোখের মলম লাগাতে হবে। যেখানে ত্বকে পর্বাণুগুলি করানুভূতিতে বোঝা যাচ্ছে, স্থানীয়ভাবে অসাড় করে সবই কেটে বাদ দেওয়া উচিত; তবে ওষুধ প্রয়োগ করতে হবে আরও কয়েক মাস।

টিউমার, আঁচিল এবং সিস্ট্

§ 725. XX. **শল্করূপী** (Squamous) **এপিথিলিয়ার সিস্ট্** সাধারণত উদ্ভব হয় পঞ্চাশোর্ধ্ব বয়সে, মহিলাদের তুলনায় পুরুষদেরই বেশি। অল্প বয়সেও হতে পারে—বিশেষ করে যদি রঞ্জকায়িত তকশুষ্কতার মত (xeroderma) জন্মগত অস্বাভাবিকতা থাকে। আগে যার ত্বক স্বাভাবিকই ছিল তারও এ-রোগ হতে পারে, কিন্তু যাদের ত্বকস্থূলতা, ক্ষতাঙ্ক ও লিউকোপ্লেকিয়ার মত প্রাক-ক্যানসার-প্রবণতা থাকে, বেশি হয় তাদের। দীর্ঘস্থায়ী উপদাহ, পেশাগত কারণে আলকাতরা, পিচ, কিছু কিছু খনিজ তেল ও সূর্যালোকে উন্মুক্ত হওয়া এবং অজৈব আর্সেনিক দিয়ে দীর্ঘকালীন চিকিৎসা এই রোগের প্ররোচনা দেয়।

লক্ষণ: একেবারে সূচনায়, বিশেষ করে মুখে, নিচের ঠোঁটে, হাতে এবং পুরোবাহুতে দেখা দেয় ছোট্ট একটি পিড়কা অথবা আগে থেকেই উপস্থিত ত্বকস্থূলতা বা ক্ষতাঙ্কের উপর শক্ত একটি এলাকা। এর মধ্যে কতকগুলি দ্রুত বৃদ্ধি পায়, প্রথমাবস্থাতেই ক্ষতে পরিণত হয় এবং আক্রান্ত এলাকাস্থিত লসিকা গ্রন্থিগুলিতে কোষ স্থানান্তরণ ঘটে (metastasis);

1. Diethylcarbamazine

স্থানীয় টিস্যুগুলি প্রচণ্ডভাবে ধ্বংস হতে পারে। আবার কিছু ক্ষেত্রে বৃদ্ধি হয় ক্রমে ক্রমে। পর্বাণুটি বৃহদাকার এবং দেখতে ফুলকপির মত, কিন্তু ক্ষত সৃষ্টি হতে কয়েক মাস বা কয়েক বছর দেরি হয়।

রোগ নির্ণয়: পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে কেরাটো-অ্যাকানথোমা (§ 727) এবং দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতে রূপান্তরিত কৃত্রিম বর্ধমান এপিথিলিয়োমার সঙ্গে। এপিথিলিয়ামের টিউমার সন্দেহ হলেই বায়োপ্‌সী করা উচিত।

চিকিৎসা হিসাবে অস্ত্রোপচার দ্বারা পর্যাপ্ত অংশ কেটে বাদ দেওয়া, বিকিরণ চিকিৎসা অথবা দুয়েরই আশ্রয় নেওয়া হয়। চিকিৎসার পর নিয়মিত তত্ত্বাবধান-পরীক্ষা চালিয়ে যাওয়া একান্ত প্রয়োজন যাতে পুনরুদ্ভব ঘটলে সঙ্গে সঙ্গে ব্যবস্থা নেওয়া যায়।

§ 726. XXI. **এপিথিলিয়ার বুনিয়াদি কোষের টিউমার** (Basal cell epithelioma) দেখা দেয় শুধু শেষ বয়সে, যদিও কচিত কখনো অল্প বয়সেও হতে দেখা গিয়েছে।

লক্ষণ: সূচনায় দেখা দেয় একটি ছোট্ট পর্বাণু যার বিশেষত্ব হল ঈষদচ্ছ মুক্তার মত চেহারা। সাধারণত হয় মুখে, তবে কখনো কখনো দেহকাণ্ড ও করোটি-চর্ম সহ অন্যত্রও দেখা দিয়ে থাকে। এর বৃদ্ধি মন্থর, কিন্তু শেষ পর্যন্ত পর্বাণুটি মামড়ি ঢাকা মুক্তা বসানো দড়ির মত কিনারাযুক্ত ক্ষতে পরিণত হয় (চিত্র 197)। অবহেলিত হলে স্থানীয় টিস্যু ব্যাপকভাবে ধ্বংস হতে পারে। কোষ স্থানান্তরণ খুবই বিরল। সময় সময় ক্ষতটি রঞ্জকায়িত হওয়ার জন্যে মেলানিন-রঞ্জিত কোষের টিউমার (মেলানোমা) বলে ভুল হয়। আর একটি প্রকৃতিতে ক্ষতাঙ্ক থেকে সৃষ্টি হয় শক্ত ধরনের ফলক—দেখতে 'মরফিয়া' বা পরিবর্তিত সংযোজক কলা গঠিত চাপড়ার মত। পরিবর্তিত রূপগুলিতে শল্করূপী এপিথিলিয়া-টিউমারের বৈশিষ্ট্যগুলি প্রকাশ পেতে পারে।

চিকিৎসা পদ্ধতি নির্ভর করে টিউমারের অবস্থান, আকার এবং অন্যান্য অবস্থার উপর। অভিজ্ঞ চিকিৎসক দ্বারা অস্ত্রোপচার এবং বিকিরণ চিকিৎসায় চমৎকার ফল পাওয়া যায়। পুনরাবির্ভাবের হারও কম।

§ 727. XXII. **কেরাটোঅ্যাকানথোমা** (keratoacanthoma[1]):

1. Acanthoma—উপত্বকের সবচেয়ে ভিতরের স্তরের টিউমার।
Keratoacanthoma—কেরাটিনের অবরোধকভরা আগ্নেয়গিরির মুখের মত নিরীহ টিউমার।

সম্প্রতি এই টিউমারকে লক্ষণ ও নিদর্শনের দিক থেকে এবং বিকার-তাত্ত্বিক বিচারেও একটি স্বয়ংসম্পূর্ণ ব্যাধি-প্রক্রিয়া হিসাবে চিহ্নিত করা হয়েছে। ব্যাধিটি বিরল নয়। অতীতে এই প্রকৃতির অনেক টিউমারকে শল্করূপী এপিথিলিয়োমা হিসাবে গণ্য করা হত।

লক্ষণ: নর নারী নির্বিশেষে অবস্থাটি সাধারণত ঘটে 50-70 বছর বয়সে; অল্প বয়সেও হতে পারে। সূর্যালোকে এবং আলকাতরায় উন্মুক্ত হওয়া প্ররোচনার কাজ করে। কোন কোন রোগী সাম্প্রতিক আঘাতের ইতিহাস দেন বটে, কিন্তু মোটামুটি সুস্থ ত্বকেই ব্যাধি-লক্ষণ প্রকাশ পায়। সব সময় না হলেও সাধারণত আক্রান্ত হয় দেহের উন্মুক্ত এলাকা। দৃঢ়, অর্ধ-গোলাকার একটি পিড়কার উদ্ভব হয়ে সেটি দ্রুত বড় হতে হতে 6 থেকে 8 সপ্তাহের মধ্যে 1-2 সেন্টিমিটার কিংবা বৃহত্তর ব্যাসবিশিষ্ট হয়ে পড়ে। তার চেয়ে বড় আর হয়না। এই পর্যায়ে পিড়কাটি চকচকে উপস্তকে ঢাকা, গোলাকার, মসৃণ একটি পর্বাণুর রূপ ধারণ করে, যার উপরিভাগ নাভীর মত এবং শল্ক দিয়ে ঢাকা, নিচে থাকে শৃঙ্গভরা বাটির মত গর্ত (চিত্র 198)। এর পর আপনা থেকেই উপশম হতে থাকে—পিড়কাটি হয় আরও নরম, আরও সমতলীয় এবং শেষ পর্যন্ত রেখে যায় ছোট একটি কুঞ্চিত ক্ষতাঙ্ক। অবশ্য এই আদর্শ গতি-প্রকৃতির কিছু হেরফের হওয়া সম্ভব। শল্করূপী এপিথিলিয়োমার সঙ্গে পার্থক্য করা সহজ, তবে এরকম প্রতিটি ক্ষেত্রে বায়োপ্সী করা উচিত। বায়োপ্সী দ্বারা রোগ নির্ণয়ের সমর্থন পাওয়া গেলে স্থানীয়ভাবে অসাড় করে টিউমারটি চেঁচে (curate) বাদ দিতে হবে। অঙ্গ সৌষ্ঠবের দিক থেকে তার ফলও চমৎকার।

§ 728. XXIII. ত্বকের অন্যান্য এপিথিলিয়া জাত টিউমার

(i) প্যাগেট (Paget) বর্ণিত ব্যাধি: অধিকাংশ ক্ষেত্রে আক্রান্ত হয় মেয়েদের স্তনবৃন্ত; কখনো কখনো মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকাতেও হয়ে থাকে। স্তনবৃন্তের উপর দেখা দেয় রসস্রাবী, সুস্পষ্ট কিনারাবিশিষ্ট একটি রক্তিম এলাকা যা কিছুদিন পরে পুরু ও শক্ত হয়ে যায়। বেশ কিছু ক্ষেত্রে স্তনের ক্ষরণ-নালীতে কারসিনোমার উদ্ভব হয়। পূর্বাভাস ও চিকিৎসা নির্ভর করে তারই উপর।

(ii) বোয়েন (Bowen) বর্ণিত ব্যাধি হচ্ছে লাল রঙের শল্কযুক্ত কতকগুলি পিড়কার ফলক যেখানে বেশ কিছু বছর পরে শল্করূপী এপি-

থিলিয়োমার উদ্ভব হতে পারে।

(iii) উপরতলীয় বহুবিধ এপিথিলিয়োমার নিদর্শন ও গঠন-চরিত্র বিভিন্ন রকম। সাধারণত দেহকাণ্ডের উপরে উদ্ভব হয় এক বা একাধিক সুস্পষ্ট সীমানাবিশিষ্ট রক্তিম ফলক, এবং বুনিয়াদি কোষ গঠিত হলে তাদের মুক্ত কিনারাগুলি দেখায় সুতোর মত (চিত্র 199)। সোরিয়াসিসের মতও দেখাতে পারে। এদের গতি-প্রকৃতি সাধারণত দীর্ঘস্থায়ী এবং নিরীহ ধরনের ; তবে এক বা একাধিক ফলকের উপর বুনিয়াদি কোষের কিংবা শল্করূপী কোষের এপিথিলিয়োমার উদ্ভব হতে পারে। উপরে বর্ণিত পরিবর্তন না হলে কার্বন ডাইঅকসাইড-এর তুষার দ্বারা চিকিৎসা করলে সুফল পাওয়া যেতে পারে।

(iv) **কোষ-স্থানান্তরণ-প্রবণ কারসিনোমা :** অনেক সময় প্রাথমিক বিকার-লক্ষণ সন্দেহ করার আগেই স্তনে, প্রস্টেটে, কিডনীতে, ওভারি কিংবা অন্য কোন উপাঙ্গে অঙ্গবৃদ্ধি ঘটে যেতে পারে। দেহকাণ্ডে কিংবা করোটি-চর্মে হঠাৎ এক বা একাধিক শক্ত লাল বা বেগনি-লাল বর্ণের পিড়কার উদ্ভব হয়ে সেটি দ্রুত বৃদ্ধি পেতে থাকে। এক্ষেত্রে রোগ নির্ণয় করা হয় বায়োপ্‌সী মারফৎ; তাতেই প্রাথমিক অঙ্গবৃদ্ধির সম্ভাব্য উৎসস্থল সম্পর্কে ইঙ্গিত পাওয়া যায়।

§ 729. XXIV. **ঘর্মমেদ ও এপিথিলিয়ার সিস্ট্‌** নিয়ে প্রায়ই বিভ্রান্তি হয়ে থাকে। ঘ র্ম মে দে র সি স্ট্‌ বয়ঃসন্ধির পর যে-কোন বয়সেই হতে পারে। মুখে, দেহকাণ্ডে ও যৌনাঙ্গে দেখা দেয় একটি বা একাধিক সিস্ট্‌। এদের মধ্যে থাকে পনিরের মত অবক্ষয়ী ঘর্মমেদ। সময় সময় আক্রান্ত এলাকায় বারবার প্রদাহ সৃষ্টি হয়। বুনিয়াদি কোষের মারক পরিবর্তনের মত ঘটনা এক্ষেত্রে বিরল। বড় সিস্ট্‌গুলি খুব সাবধানে কেটে বাদ দেওয়া উচিত ; ছোটগুলিতে তড়িৎ-সন্তাপন প্রয়োগ করলে ব্যাধিগ্রস্ত এপিথিলিয়াম নষ্ট করা যায়। এ পি থি লি য়া র সিস্ট্‌গুলি দৃঢ় ত্বকনিম্ন সিস্ট্‌, সংখ্যায় এক বা একাধিক, সাধারণত দেখা দেয় মধ্যবয়সে, করোটি-চর্মে অথবা অন্য যে-কোন স্থানে। কখনো কখনো হাতে এবং পায়ে আঘাত জনিত এপিথিলিয়ার সিস্ট্‌-এর উদ্ভব হয়ে থাকে ; এগুলি ধীরে ধীরে বড় হয় এবং এদের মধ্যে থাকে শৃঙ্গ-পদার্থ। শল্করূপী কোষের কারসিনোমা

একটি বিরল উপসর্গ। চিকিৎসা অস্ত্রোপচার।

§ 730. XXV. **রক্তনালী ও লসিকানালীর টিউমার :** সবচেয়ে সাধারণ রক্তনালী গঠিত জড়ুল হল উপরতলে গিরিগুহার অনুরূপ রক্তনালী গঠিত টিউমার অথবা স্ট্রবেরি-চিহ্ন, যা জন্মকালেই উপস্থিত থাকে অথবা দেখা দেয় কয়েকদিন পরে। সাধারণত 4-5 মাস পর্যন্ত এটি বড় হতে থাকে। একটু উঁচু, উজ্জ্বল লাল অংশটি চাপ দিলে ফিকে হয়ে যায়। ক্ষত সৃষ্টি হতে পারে বটে, আবার দ্রুত সেরেও যায়। মাস ছয়েক পরে শিশুর বৃদ্ধির অনুপাতে যতটুকু হওয়া উচিত তার চেয়ে বেশি বড় আর হয়না। উপরতলে কতকগুলি শ্লেট রঙের ফুটকি দেখা দেয়, জড়ুলটি ক্রমে বিবর্ণ নরম ও সমতলীয় হয়ে আসে এবং শিশুর বয়স 5-6 বছরে পৌছানোর আগেই আপনা থেকেই সেরে যায়। ত্বকের নিচে রক্তনালী গঠিত টিউমার উপরতলীয় এপিথিলিয়া-টিউমারের সঙ্গে একই সঙ্গে অথবা এককভাবে উপস্থিত থাকতে পারে এবং তখন সেটি একটি নরম, চাপে নমনীয় ত্বকনিম্ন স্ফীতির রূপ নেয়। এক্ষেত্রে আপনা থেকে সেরে যাওয়ার ঘটনা তুলনায় কম এবং অসম্পূর্ণ।

চি কি ৎ সা র পরিকল্পনা করার আগে প্রতিটি রোগীর অবস্থা পৃথক-ভাবে বিচার করতে হবে। ছোট স্ট্রবেরি-চিহ্ন যদি শ্লেষ্মাঝিল্লী ও ত্বকের সংযোগস্থলে না ছড়িয়ে থাকে সেক্ষেত্রে কোন চিকিৎসার প্রয়োজন নেই। মুখের এবং চোখের চারিপাশে বড় বড় চিহ্নগুলি এবং যেগুলির ত্বকনিম্ন অংশও বৃহত্তর, সেগুলি কিছুদিন অন্তর পরীক্ষা করা উচিত ; এদের পুনরাবর্তন (involution) যদি ঠিকমত চলতে থাকে, এগুলিকেও ছেড়ে দেওয়া যেতে পারে, কারণ অঙ্গসজ্জার দিক থেকে সক্রিয় চিকিৎসার চেয়ে তাতেই ভাল ফল পাওয়া যায়। চিকিৎসা করাই যদি বাঞ্ছনীয় হয় সেক্ষেত্রে বিকিরণ চিকিৎসা, কাঠিন্য সৃষ্টিকারী ইনজেকসন এবং কার্বন ডাইঅকসাইড-এর তুষার প্রয়োগের মধ্যে যে-কোনটি বেছে নিতে হবে। তবে বিকিরণ চিকিৎসায় অস্থির মুক্তপ্রান্তগুলির স্থায়ী ক্ষতি হওয়ার সম্ভাবনা থাকে।

লসিকানালীর টিউমার কমই দেখা যায়। জিভ আক্রান্ত হলে সেটি বড় হয়ে যায় এবং তার উপর দেখা দেয় ছোট ছোট সজল ফুসকুড়ি। আবেষ্টনীবদ্ধ লসিকানালীর টিউমারে থাকে বেঙাচির মত জোটবদ্ধ ছোট ছোট সজল ফুসকুড়ি ; এগুলি রক্তস্রাবী হতে পারে। চিকিৎসা হিসাবে এগুলি কেটে বাদ দেওয়াই সঙ্গত।

§ 731. XXVI. **মেদার্বুদ** (Lipoma): অবিভক্ত খণ্ডবিশিষ্ট (lobulated) স্বাভাবিক ত্বকে ঢাকা নরম এই টিউমার চিনতে অসুবিধা হয়না। একটি মাত্র মেদার্বুদ হয় মহিলাদের। অপরদিকে পুরুষদের গ্রীবাদেশে ও কাঁধে ছড়িয়ে-পড়া মেদার্বুদ দেখা যায় একাধিক। বাহুতে এবং উরুদেশে সমভাবে বিন্যস্ত আবেষ্টনীবদ্ধ মেদার্বুদ একটি জন্মগত অস্বাভাবিকতা। মেদ-সারকোমা খুবই বিরল।

§ 732. XXVII. **হিস্টিয়োসাইট[1] গঠিত টিউমারগুলি** নিরীহ চরিত্রের, সাধারণত হয় প্রাপ্তবয়স্কদের পায়ে কিংবা অন্য কোথাও। ছোট্ট দৃঢ় পর্বাগ্রটি তার উপরস্থ অন্তস্তকের সঙ্গে আসঞ্জিত থাকে এবং রক্তিম অথবা রঞ্জকান্বিত হয়ে যায়। কখনো কখনো এগুলিকে কৃষ্ণার্বুদ বা মেলানিন রঞ্জিত কোষের টিউমার বলে ভুল করা হয়। চিকিৎসা—অর্বুদটি কেটে বাদ দেওয়া।

§ 733. XXVIII. **পুঁজযুক্ত দানাদার টিস্যুর টিউমার** হচ্ছে আর্দ্র, প্রচুর রক্তনালীপূর্ণ টিউমার যা সামান্য আঘাতেই রক্ত ক্ষরণ করে। এগুলি উজ্জ্বল লালবর্ণ, দ্রুত বর্ধমান এবং প্রায়ই বৃন্তযুক্ত। আঘাতপ্রাপ্ত স্থানেই এদের উদ্ভব হতে পারে—সাধারণত হয় হাতে এবং মুখে। পুঁজসৃষ্টিকারী এই টিউমারগুলি দানাদার টিস্যু দ্বারা গঠিত। অনেক সময় এগুলি কৃষ্ণার্বুদ বলে ভুল করা হয়। চিকিৎসা—চেঁচে পরিষ্কার করা এবং বৈদ্যুতিক বিদাহন (cautery)।

§ 734. XXIX. **স্নায়ুতন্তুর টিউমার** একটি জিন ঘটিত উপব্যাধি যার পূর্ণ রূপ প্রকাশ পায় কোন একটি পরিবারের কয়েকজন মাত্র সভ্যের ক্ষেত্রে ; অন্যদের মধ্যে দেখা যায় এর কিছু অনপকারী রূপ।

ল ক্ষ ণ : ত্বকের বিকার শৈশবেই উপস্থিত থাকতে পারে, তবে বয়ঃসন্ধিকালে, গর্ভাবস্থায় অথবা দুরন্ত কোন অসুখের পর সেগুলি প্রকট বা ব্যাপকতর হতে পারে। এর কয়েকটি প্রকৃতি দেখা গিয়েছে : (i) কম্বোজ রোগ, বা মোল্লুস্‌কাম ফাইব্রোসাম (molluscum)—নরম ফিকে-লাল স্ফীতি —চওড়া ভিতের সঙ্গে সংযুক্ত অথবা বৃন্তযুক্ত—যা পরে দৃঢ় হয়ে যায় এবং সময় সময় প্রচুর সংখ্যাবৃদ্ধিও ঘটে। (ii) জালিকাকৃতি স্নায়ুর টিউমার : এগুলি

---

1. Histiocytes—জালক অন্তর্ঝিল্লীতন্ত্রের (Ret.; End. Sys) অন্তর্ভুক্ত বৃহৎ গ্রাসক কোষ বা ফেগোসাইট।

হল এক বা একাধিক স্নায়ুর গতিপথে লম্বা ধরনের এবং বিক্ষিপ্ত তন্তু গঠিত টিউমার (fibroma)। (iii) বৃন্তযুক্ত তন্তু গঠিত টিউমার: স্নায়ু-দেহের উপর ছড়িয়ে পড়া একাধিক স্নায়ুতন্তু গঠিত টিউমার, সঙ্গে ত্বক ও ত্বকনিম্ন টিস্যুর কায়বৃদ্ধি জনিত বৃহৎ বৃন্ত। (iv) সাধারণত দেহকাণ্ডের উপর (চিত্র 201) রঞ্জকান্বিত চাপড়া—হালকা বাদামী রং, আকারে ছোট, ব্যাপকভাবে ছড়ানো। এগুলির সঙ্গে কেন্দ্রীয় স্নায়ুতন্ত্রের যেসব বিকার সৃষ্টি হয় সেগুলি § 970, § 1048 এবং § 1083 অনুঅধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে।

চি কি ৎ সা: সৌন্দর্য রক্ষার জন্যে এবং টিউমারের মধ্যে রক্তস্রাব বন্ধ করা অথবা সারকোমায় রূপান্তরিত হওয়া নিবারণের জন্যে অস্ত্রোপচারই বিধেয়।

গ্রুপ VI. ক্ষত

ক্ষত হচ্ছে ত্বকের সমস্ত কিছু উপাদান নষ্ট হয়ে যাওয়া। উৎপত্তির কারণ রক্তময়তা, প্রদাহ এবং নতুন অঙ্গবৃদ্ধি দ্বারা উপস্তক ধ্বংস হওয়া। সেই বিধ্বংসী প্রক্রিয়া উপরতলীয় হতে পারে অথবা গভীরে অবস্থিত টিস্যুগুলি ব্যাপকভাবে আক্রান্ত হতে পারে। এর কারণ হয়তো একাধিক, কিন্তু বাস্তব প্রয়োজনে সেগুলিকে সাতটি শ্রেণীতে ভাগ করা যায়:

I. রক্তনালী জাত ক্ষত (§ 735)
   (a) শিরা ও শিরাস্ফীতি সংক্রান্ত
   (b) উচ্চ রক্তচাপ জনিত
   (c) ধমনীকাঠিন্য সংক্রান্ত

II. পুষ্টি সংক্রান্ত ক্ষত (§ 736)

III. নতুন অঙ্গবৃদ্ধি জনিত ক্ষত (§ 737)

IV. সংক্রমণ জনিত ক্ষত (§ 738)
   (a) টিউবারকুলোসিস জাত
   (b) সিফিলিস ঘটিত
   (c) পুঁজ সৃষ্টিকারী
   (d) গ্রীষ্ম মণ্ডলীয়
   (e) মরু ক্ষত
   (f) ডিপথিরিয়া জাত
   (g) শ্যাংকার সদৃশ

V. (h) যৌনাঙ্গের দানাদার ক্ষত
   (i) লিশম্যানিয়া সংক্রমণ জাত
   (j) অ্যাকটিনোমাইকোসিস, ব্লাস্টোমাইকোসিস এবং স্পোরোট্রাইকোসিস জনিত
   (k) পুঁজযুক্ত গ্যাংগ্রিন

VI. শোণিত-ব্যাধি জাত ক্ষত (§ 739)

VII. রাসায়নিক পদার্থ ও আঘাত জনিত ক্ষত (§ 740)

VIII. অজ্ঞাত কারণ প্রসূত ক্ষত (§ 740.a)

§ 735. 1. **রক্তনালীজাত ক্ষত :**

(a) **শিরাজাত এবং স্ফীত শিরাজাত** ক্ষতগুলি সামাজিক ও চিকিৎসার দিক থেকে এক বৃহৎ সমস্যা। পায়ের নিচের দিকে তৃতীয়াংশে সংবহনবদ্ধতা জনিত রক্তোচ্ছ্বাসের ফলে সৃষ্টি হয় গুল্ফ্-সন্ধির (ankle) শোথ এবং রক্তরঞ্জক ও মেলানিন প্রসূত রঞ্জকায়ন। শোথ চলতে থাকার জন্যে এবং তার সঙ্গে হয়তো সংক্রমণের কারণে শক্ত ধরনের কোষ-প্রদাহ (cellulitis) সৃষ্টি হয় এবং শেষ পর্যন্ত ঘটে তন্তুবৃদ্ধি (fibrosis)। ক্ষত সৃষ্টি হয় আঘাত থেকে। দীর্ঘস্থায়ী ক্ষত সমগ্র পায়ের চতুর্দিকে ছড়িয়ে পড়তে পারে এবং তার চারপাশে উদ্ভব হতে পারে তন্তুময় এলাকা, যার ফলে গুল্ফ্-সন্ধির সঞ্চালন যথেষ্ট ব্যাহত হয়। মারক পরিবর্তন অ স্বা ভা বি ক, কিন্তু ক্ষতের কোন কিনারায় এপিথিলিয়াম স্তূপীকৃত হওয়া সন্দেহের ব্যাপার। রক্তবদ্ধতা জনিত ক্ষতের সঙ্গে ত্বকের কষ্টদায়ক প্রদাহ ঘটতে পারে, আবার ক্ষত ছাড়াও প্রদাহ হওয়া সম্ভব। নিচের পায়ের চর্ম-প্রদাহ বিশেষ করে মুখে, গ্রীবায় এবং বাহুতে আত্ম-সংবেদকরণ (auto sensitisation) দ্বারা স্ফোটকোদ্ভবের প্ররোচনা যোগায়।

রো গ নি র্ণ য় : রোগটি যে ধমনীকাঠিন্য, উচ্চ রক্তচাপ, সিফিলিস, টিউবারকুলোসিস কিংবা শোণিত-ব্যাধি জনিত পায়ের ক্ষত নয় সে-সম্পর্কে সুনিশ্চিত হতে হবে। পায়ের নিম্নাংশে একজিমাযুক্ত স্ফোটককে নির্বিচারে "স্ফীতশিরা জনিত একজিমা" আখ্যা দেওয়ার একটা প্রবণতা লক্ষ্য করা যায়। সংবেদ্য বস্তুর সংস্পর্শজাত চর্ম-প্রদাহ—বিশেষ করে অতিচিকিৎসা, সংক্রমণ, স্নায়বিক কারণ প্রসূত চর্ম-প্রদাহ এবং মুদ্রারূপী একজিমা—পায়ের নিম্নাংশে এ-সবেরই উদ্ভব অতি সাধারণ ঘটনা এবং এদের সম্ভাবনা বাতিল করতে হবে।

উ ৎ প ত্তি : পায়ের গভীরে অবস্থিত শিরাগুলির কপাটিকাদের অক্ষমতার জন্যে শিরা-প্রবাহে অপ্রতুলতা ঘটে (§ 579)। তাছাড়া জানু এবং গুল্ফ্-সন্ধি অনড় হয়ে গেলে ক্রিয়াকলাপ সংক্রান্ত (functional) অক্ষমতা সৃষ্টি হয়।

চি কি ৎ সা : রক্তবদ্ধতা জনিত ক্ষত সঠিকভাবে নিয়ন্ত্রণ করার একমাত্র পথ হল শিরায় রক্ত প্রত্যাবর্তন ব্যবস্থার উন্নতি সাধন। গুল্ফ্-সন্ধির সঞ্চালন এবং গুল্ফ্-পেশীর টান বৃদ্ধি করার উপযোগী যে-সব ব্যায়াম

শিরায় রক্ত প্রত্যাবর্তন প্রক্রিয়ার উন্নতি ঘটায় সেগুলি রোগীকে শিখিয়ে দিতে হবে। উগ্রতর অবস্থায় কিছুদিন শয্যাশায়ী থাকা দরকার। শোথ নিয়ন্ত্রিত হওয়ার পর রোগী যখন হাঁটাচলা করছেন সেই অবস্থায় স্থিতিস্থাপক ব্যাণ্ডেজ (ক্রেপ ব্যাণ্ডেজ নয়) জড়িয়ে দেওয়া উচিত। শোথ নিবারণের জন্যে কি করে ঠিকভাবে ব্যাণ্ডেজ জড়াতে হয় বা ফেলট্‌-এর প্যাড লাগাতে হয় তাও রোগীকে শিখিয়ে দিতে হবে। স্থানীয়ভাবে ওষুধ প্রয়োগের বিশেষ কোন গুরুত্ব নেই। পেনিসিলিন, সালফোনামাইড এবং অন্যান্য শক্তিশালী সংবেদনকারী ওষুধগুলি অবশ্যই এড়িয়ে যেতে হবে। প্রচণ্ড সংক্রমণ থাকলে কয়েক দিন ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন মলম লাগানো যায়; পরে অনুত্তেক কোন মলম। রক্তবদ্ধতা জনিত চর্ম-প্রদাহের চিকিৎসার জন্যে রক্তবদ্ধতা ঘটিত রক্তোচ্ছ্বাস কমানোর দিকে নজর দেওয়া উচিত। লোশিও ক্যালামিনা ওলিয়োসার সঙ্গে শতকরা 0·25 ভাগ সিলভার প্রোটিনেট একটি উপকারী প্রলেপ। পা যদি খুব আর্দ্র হয়, লোশিও ক্যালামিনার সঙ্গে শতকরা 1·0 ভাগ জেনসিয়ান ভায়োলেট মিশিয়ে লাগানো যেতে পারে। আনুষঙ্গিক সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণের পর 'ভিসকোপেষ্ট্' (viscopaste) কিংবা 'কোণ্টাপেষ্ট্'-এর মতন ওষুধ-লাগানো-ব্যাণ্ডেজ ব্যবহার করা যায়; সপ্তাহখানেক অন্তর সেগুলি বদলে দেওয়া উচিত।

(b) **উচ্চ রক্তচাপ জনিত ক্ষত:** শিরা সংবহনে অপ্রতুলতা না থাকা সত্ত্বেও শিথিলতাকালীন উচ্চ রক্তচাপে ধমনীর মধ্যে তঞ্চন জনিত অবরোধের (থ্রম্বোসিসের) কারণে ক্ষত সৃষ্টি হতে পরে। ক্ষতগুলি সাধারণত পায়ের সামনে ও পাশের দিকে, নিম্ন ও মধ্যভাগের সংযোগ স্থলে, দুই পায়েই সমভাবে অবস্থান করে। সাধারণত এগুলি ছোট এবং উপরতলীয়, কিন্তু খুব বেদনাদায়ক; বিশ্রাম নিলেও কমেনা।

(c) **ধমনীকাঠিন্য জনিত ক্ষত** সাধারণত হয় পায়ের আঙ্গুলে বা গোড়ালিতে—বিশেষ করে হয় ডায়াবিটিসে আক্রান্তদের; তবে আঘাত লাগলে গুল্‌ফ্-সন্ধির দু-পাশে গাঁটের (ম্যালিয়োলাসের) উপরে কিংবা পায়ের নিচের তৃতীয়াংশের সামনে ক্ষতের উদ্ভব হতে পারে। এই ক্ষত প্রায়শই খুব বেদনাদায়ক এবং বিস্তৃত, শীতের সময় বারবার উন্মুক্ত হয়ে যায়। ধমনীর অক্ষমতা জনিত অন্যান্য নিদর্শন উপস্থিত থাকলেও শিরার অক্ষমতার কোন প্রমাণ পাওয়া যায়না।

§ 736. II. **পুষ্টি সংক্রান্ত ক্ষত:** টেবিস ডরস্তালিসে, কটিদেশ ও ও ত্রিকাস্থি এলাকার সিরিঙ্গোমায়েলিয়ায় এবং ডায়াবিটিস মেলিটাসে পুষ্টি সংক্রান্ত ক্ষতের উদ্ভব হয় পদতলে। স্নায়বিক বেদনা কমানোর জন্যে ট্রাইজেমিনাল স্নায়ুর সংজ্ঞাবহ মূল কেটে দিলে নাকের পাটাতেও (alae) এই রকম ক্ষত হতে দেখা যায়; আর কুষ্ঠে হয় হাত ও পায়ের পাতায়। সুষুম্নাকাণ্ডের ব্যাধিতে শয়নভঙ্গি জনিত এই জাতীয় ক্ষতগুলি বেশ কষ্টদায়ক।

§ 737. III. **নতুন অঙ্গবৃদ্ধি জনিত ক্ষতের** উদ্ভব হয় শল্করূপী ও বুনিয়াদি কোষের এপিথিলিয়োমা থেকে। অঙ্গবৃদ্ধি যখন দ্রুত এবং রক্ত সরবরাহের তুলনায় অনেক বেশি, তখনই দেখা দেয় ক্ষত-প্রবণতা। ক্ষতের কিনারা যদি উঁচু ও শক্ত হয়ে ওঠে সেটা নতুন অঙ্গবৃদ্ধি জনিত পরিবর্তনের সঙ্কেত বলে সন্দেহ করতে হবে এবং বায়োপ্সী দ্বারা তার সমর্থন খুঁজতে হবে (§§ 725, 727)।

§ 738. IV. **সংক্রামক ক্ষত:**

(a) **টিউবারকুলোসিস জাত ক্ষত** ত্বক-যক্ষ্মার অন্যতম রূপ। ত্বকের প্রাথমিক টিউবারকুলোসিস দেখা দেয় যেখানে বীজাণুর অনুপ্রবেশ ঘটেছে সেখানে ছোট্ট একটি বেদনাহীন ক্ষত রূপে, যার কিনারাটি একটু উঁচু; অথবা দেখা দিতে পারে একটি নীলাভ-লাল পর্বাণু রূপে। এই ক্ষত বা পর্বাণুর আবির্ভাব ঘটে প্রায় 2 সপ্তাহ উপ্তিকালের পর। 3 থেকে 6 সপ্তাহ পরে ঐ এলাকাস্থিত লসিকাগ্রন্থিগুলি প্রদাহপীড়িত হয়ে পড়ে এবং ক্ষতটি আপনা থেকেই সেরে যাওয়ার পরেও সেগুলিকে অনুভব করা যেতে পারে।

রোগ নির্ণয়: বিড়ালের আঁচড় জনিত ব্যাধি অনেকটা ত্বক-যক্ষ্মার মত (§ 508)। লসিকাগ্রন্থির যক্ষ্মাপরবর্তী পুঁজযুক্ত প্রদাহে ক্ষয়িষ্ণু গ্রন্থির অথবা সংক্রমিত অস্থিসন্ধির উপরস্থ ত্বক শক্ত ও নীলাভ-লাল হয়ে ওঠে এবং পরে ভেঙ্গে গিয়ে অসম আকৃতি-বিশিষ্ট ক্ষত বা নালীঘা-তে পরিণত হয়। বেজিন বর্ণিত ব্যাধিতেও পর্বাণুগুলি ক্ষতে রূপান্তরিত হতে পারে (§ 707)। গহ্বরের ছিদ্রমুখে ত্বকযক্ষ্মায়, ফুসফুসের কিংবা আন্ত্রিক যক্ষ্মার অগ্রসর অবস্থায় জিবে এবং মুখবিবর ও পায়ুর শ্লেষ্মাঝিল্লীতে বেদনাদায়ক,

মন্থর-গতি, অগভীর ক্ষতের আবির্ভাব ঘটে। লুপাস ভালগারিসে, বিশেষ করে রোগী যদি অপুষ্ট হন, নাক ও মুখের চতুর্দিকে ক্ষত সৃষ্টি হতে পারে।

(b) **সিফিলিসের ক্ষত :** প্রাথমিক শ্যাঙ্কারের ক্ষতটি শক্ত এবং ছোট। জননাঙ্গের বাইরে হলে সে-ক্ষত সহজেই দৃষ্টি এড়িয়ে যায়। তৃতীয় পর্যায়ের ক্ষতগুলি জোটবদ্ধ, যেন খাঁজ কেটে বের করা (punched out), কতকগুলি বৃত্তাকারে নকসা-কাটা। ত্বকনিম্ন টিস্যুর গামা থেকে সৃষ্টি হয় একটি বৃহৎ ক্ষত, যার সীমানা সুস্পষ্ট এবং জমিন পুঁজযুক্ত। "খাঁজ-কেটে-বের-করা" চেহারা এবং নকসা-কাটা কিনারা দেখলেই চেনা যায়। ওয়াশারম্যান উদ্ভাবিত পরীক্ষার ফল অস্তিবাচক ; কিন্তু অস্তিবাচক হওয়া সত্ত্বেও লক্ষণ ও নিদর্শনের দিক থেকে যদি সমর্থন না পাওয়া যায়, রোগটিকে সিফিলিস বলে সিদ্ধান্ত করা উচিত নয় এই কারণে যে ওয়াশারম্যান বিক্রিয়া কৃত্রিম অস্তিবাচক (false positive) হতে পারে কিংবা হয়তো যুগপৎ রয়েছে কারসিনোমা।

(c) পুঁজ সৃষ্টিকারী ক্ষত : স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণ জাত দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতগুলির তলদেশ রক্তিমাভ, সীমান্ত অসম। এগুলি সচরাচর দেখা যায়না। শ্যাঙ্কারের অনুরূপ পুঁজযুক্ত চর্ম-প্রদাহ সাধারণত হয় মুখে। কয়েক সপ্তাহের মধ্যে সেখানে শক্ত ধরনের ক্ষত দেখা দেয়। এগুলি এপিথিলিয়ার টিউমার সদৃশ হলেও শুধু প্রদাহমূলক পরিবর্তনই লক্ষ্য করা যায়, শেষ পর্যন্ত সেরেও যায়।

(d) **গ্রীষ্মমণ্ডলীয় ক্ষত** উষ্ণ আর্দ্র আবহাওয়ায় গুরুতর অকর্মণ্যতা ও আর্থিক ক্ষতির কারণ হয়ে থাকে। মধ্যবয়সী স্থানীয় অধিবাসীদের মধ্যেই এই ক্ষত বেশি দেখা যায়, তবে প্রথম শৈশব ছাড়া যে-কোন বয়সেই হতে পারে।

ল ক্ষ ণ : প্রাথমিক নিদর্শন হিসাবে পায়ে কোন ছড়ে-যাওয়া বা কীটদষ্ট স্থানে একটি বেদনাদায়ক ফোস্কার উদ্ভব হয় ; সঙ্গে থাকে জ্বর। কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই ফোস্কাটি ফেটে গিয়ে মৃতকলা (slough) বেরিয়ে পড়ে এবং পীতাভ জমিন ও দুর্গন্ধযুক্ত ক্ষতটি দ্রুত ত্বক ও ত্বকনিম্ন টিস্যুর মধ্য দিয়ে ছড়িয়ে পড়ে। কখনো কখনো গভীরে সম্প্রসারিত হয়ে ক্ষতটি পেশী, কণ্ডরা এবং পেরিয়স্টিয়ামকে ধ্বংস করে ফেলে, এমনকি রক্তনালী, স্নায়ু এবং অস্থি-

সন্ধিও আক্রান্ত হয়ে পড়তে পারে। চিকিৎসা না হলে জীবনহানিও সম্ভব ; অথবা শেষ পর্যন্ত সেরে যাওয়ার পর ক্ষতাঙ্কের সঙ্কোচনের জন্যে সৃষ্টি হয় লক্ষণীয় অকর্মণ্যতা। ক্ষতাঙ্কের উপরস্থ ত্বক দ্রুত ধ্বংস হতে পারে অথবা দেখা দিতে পারে এপিথিলিয়ার টিউমার সদৃশ পরিবর্তন।

রো গ নি র্ণ য়: পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় ইয়জ ব্যাধি, সিফিলিস, ত্বকের লিশম্যানিয়া সংক্রমণ ও স্ফীতশিরা প্রসূত ক্ষত এবং মরুক্ষতের সঙ্গে।

উ ৎ প ত্তি: আশু কারণ হল আঘাত কিংবা কীট দংশন ; অপুষ্টি এবং অপরিচ্ছন্নতা নিঃসন্দেহে অনুকূল পরিবেশ সৃষ্টি করে। দীর্ঘস্থায়ী ম্যালেরিয়া এই ব্যাপারে সম্ভবত কিছু ভূমিকা নিয়ে থাকে কারণ প্রশান্ত মহাসাগরীয় যে-সব দ্বীপে এই ধরনের ক্ষতের প্রাদুর্ভাব আছে কিংবা নেই, ম্যালেরিয়ার প্রকোপও সেখানে আনুপাতিক। মিশ্র প্রকৃতির বীজাণু সংক্রমণও লক্ষ্য করা যায়। তাছাড়া প্রায় অবধারিতভাবেই ভিনসেন্ট্ বর্ণিত স্পাইরোচিটা এবং পটলাকৃতি ব্যাসিলাসও (fusifom) উপস্থিত থাকে।

চি কি ৎ সা: শয্যাশায়ী অবস্থায় বিশ্রাম এবং পেনিসিলিন প্রয়োগে প্রাথমিক সংক্রমণ দ্রুত নিরাময় হয়। দীর্ঘস্থায়ী ক্ষতে হাসপাতালে রেখে কয়েক সপ্তাহব্যাপী চিকিৎসার প্রয়োজন। প্রায়ই অস্ত্রচিকিৎসা—অর্থাৎ ক্ষত ছেদন, ত্বক অনুরোপন (grafting) এবং প্লাস্টারের মধ্যে অনড় করে রাখার প্রয়োজন হয়। প্রতিষেধ হিসাবে পুষ্টির উন্নতি সাধন ও পরিচ্ছন্নতা বজায় রাখার দিকে নজর দিতে হবে। দিনের কাজ শেষে গায়ের সমস্ত কাটা-ছেঁড়াগুলি পরিষ্কার করে কোলডিয়ন প্রয়োগ করলে শ্রমবাহিনী খাতে আর্থিক ক্ষয়-ক্ষতি অনেক কমে যাবে।

(e) **মরু-ক্ষত:** গ্রীষ্মমণ্ডলীয় ও আধা-গ্রীষ্মমণ্ডলীয় এলাকার উত্তপ্ত শুকনো মরু অঞ্চলে দেহের উন্মুক্ত স্থানগুলিতে ক্ষতের আবির্ভাব ঘটে। ক্ষতগুলি সংখ্যায় সাধারণত একাধিক। গ্রীষ্মমণ্ডলীয় ক্ষতের তুলনায় মরু-ক্ষতগুলি হয় অগভীর এবং শুকনো ঝিল্লীযুক্ত। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই প্রাথমিক অবস্থায় ক্লেব্স্ লোফলার (Klebs-Loeffler) বর্ণিত ব্যাসিলাস পাওয়া যায় এবং কিছু ক্ষেত্রে ডিপথিরিয়া ঘটিত পক্ষাঘাতও হয়ে থাকে।

চি কি ৎ সা হিসাবে তন্ত্রীয় ও স্থানীয়ভাবে অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ করা হয় (তালিকা XXXV)। ক্ষতপীড়িত প্রতিটি রোগীকেই ক্ষতের সন্নিকটে স্থানীয়ভাবে কমপক্ষে 20·000 ইউনিট ডিপথিরিয়া-বিরোধী সিরাম ইন-

জেকসন দেওয়া উচিত।

(f) **ত্বকের ডিপথিরিয়া প্রসূত ক্ষত** গ্রেট ব্রিটেনে মাঝে মাঝেই দেখা যায়। সংক্রমণ হয় প্রধানত পায়ে।

(g) **শ্যাঙ্কার সদৃশ ক্ষতের** উৎপত্তি যৌন সঙ্গমের মাধ্যমে ডুক্রে (Ducreyi) বর্ণিত বীজাণু পরিবহণ মারফৎ। যৌনাঙ্গের উপর দেখা দেয় বেদনাদায়ক ছিন্নভিন্ন প্রকৃতির ক্ষত, যেগুলি একাধিক হতে পারে কিন্তু সাধারণত শক্ত নয়।

(h) **কুঁচকি সমীপে দানাদার টিস্যু গঠিত টিউমার**-এর কারণ যৌন সঙ্গম মারফৎ পরিবাহিত ডোনোভানিয়া গ্র্যানুলোমেটিস নামক বীজাণু সংক্রমণ। মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায় রক্তিম কতকগুলি পিড়কার উদ্ভব হয়ে সেগুলি শক্ত ধরনের ক্ষতে পরিণত হয়। প্রচণ্ড টিস্যু-ক্ষয় এবং লসিকা-গ্রন্থির শ্লীপদাকৃতি শোথও হতে পারে। রোগ নির্ণয় করা হয় ক্ষতের শ্লেষ্মায় ডোনোভানিয়া চিহ্নিতকরণ মারফৎ। স্ট্রেপটোমাইসিন, ক্লোরামফেনিকল এবং ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন প্রয়োগে নিরাময় সম্ভব।

(i) লিশম্যানিয়া সংক্রমণ— § 717 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

(j) দানাদার টিস্যু গঠিত অন্যান্য সংক্রামক টিউমারগুলিও ক্ষতে রূপান্তরিত হতে পারে—যেমন অ্যাকটিনোমাইকোসিস (§ 719), ব্লাস্টো-মাইকোসিস (§ 700), স্পোরোট্রাইকোসিস (§ 720) ইত্যাদি।

(k) **পুঁজযুক্ত পচনশীল চর্মপ্রদাহ :** পুঁজযুক্ত একটি ফুসকুড়ি রক্তস্রাবী পচন থেকে দ্রুত বৃহৎ একটি গর্ত সৃষ্টিকারী ক্ষতে পরিণত হয়। তার কিনারা ছিন্নভিন্ন এবং জমিন দুর্গন্ধময়। যাঁরা ক্ষতযুক্ত কোলাইটিসে ভুগছেন, এই ধরনের ক্ষত বিশেষ করে হয় তাঁদের ; আবার দুর্বলতা সৃষ্টিকারী অন্যান্য ব্যাধিগ্রস্তদেরও হতে পারে। ক্ষতে যে-সব বীজাণু পাওয়া যায় সেগুলিকে কিন্তু এর জন্যে দায়ী করা যায়না।

§ 739. V. কোন কোন শোণিত-ব্যাধির সহগামী দীর্ঘস্থায়ী ক্ষত :

কাস্তেরূপী কণিকাবিশিষ্ট অ্যানিমিয়াক্রান্তদের মধ্যে শতকরা 75 জনের পায়ে ক্ষত লক্ষ্য করা যায়। বিরল ক্ষেত্রে শিশুদের বংশানুক্রমিক স্ফেরোসাইট (বর্তুলাকার কণিকা) অধ্যুষিত অ্যানিমিয়াতেও ক্ষত দেখা গিয়েছে যা প্লীহা অপসারণে সেরে যেতে পারে। ফেল্‌টি (Felty) বর্ণিত

উপব্যাধিতে, কুলী (Cooley) বর্ণিত অ্যানিমিয়ায় এবং পলিসাই-থিমিয়াতেও ক্ষতের উদ্ভব হয়ে থাকে।

§ 740. VI. **রাসায়নিক পদার্থ এবং আঘাত জাত ক্ষত ঃ** যে-কোন দাহক পদার্থ পর্যাপ্ত ঘনত্বে বেশ কিছুক্ষণ ধরে ত্বকের সংস্পর্শে এলে পচন ও ক্ষত সৃষ্টি করে। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই এই ধরনের ক্ষতের উৎপত্তি আকস্মিক; আবার স্ব-সৃষ্ট হওয়াও সম্ভব। এদের লক্ষণ ও নিদর্শনগত বৈশিষ্ট্যগুলি উৎপত্তিগত পদ্ধতি অনুসারে বিভিন্ন ধরনের, তবে তাদের আকৃতি ও বিন্যাস প্রায়ই উদ্ভট এবং অসম। ক্রোমিক অ্যাসিড ও ক্রোমেট ব্যবহারকারী শ্রমিকদের হাতের এবং নাসা-প্রাচীরের তরুণাস্থিতে ছোট্ট গোলাকার শক্ত ধরনের ক্ষত লক্ষ্য করা যায়।

§ 740 (a). VII. **অজ্ঞাত কারণ প্রসূত ক্ষত ঃ** (a) অ্যাপ্থোসিস ঃ একটু বড় শিশুদের এবং সময় সময় প্রাপ্তবয়স্কদেরও মুখের মধ্যে ছোট ছোট সাদা অথবা লালচে অ্যাপথা বা ক্ষতের উদ্ভব হয় (§ 210)। (b) বেসেট (Behcet) বর্ণিত উপব্যাধি বিরল। নেত্রবর্ত্ম-প্রদাহ (conjunctivitis), কর্নিয়া-প্রদাহ (keratitis) এবং কনীনিকা ও পক্ষ্ম-প্রদাহের (cilia) সঙ্গে মুখে, যোনিদ্বারে অথবা অণ্ডকোষে গভীর বেদনাদায়ক ক্ষতের উদ্ভব হয়ে থাকে। এগুলির গতি-প্রকৃতি দীর্ঘস্থায়ী; কোন ফলপ্রসূ চিকিৎসা নেই।

গ্রুপ VII. ত্বকস্থূলতা

(শৃঙ্গ বা আঁচিলবিশিষ্ট চর্মরোগ)

সাধারণ	বিরল
I. আঁচিল (§ 741)	IV. ত্বকে টিউবারকুলোসিস জাত আঁচিল (verrucosa) (§ 744)
II. কড়া ও চর্মকাঠিন্য (corn and callosity) (§ 742)	V. সিফিলিসের কণ্ডাইলোমেটা (§ 745)
III. জরা ও ঘর্মমেদ জনিত ত্বকস্থূলতা (§ 743)	VI. লিউকোপ্লেকিয়া (§ 746)
	VII. করতলে ও পদতলে শৃঙ্গস্তরের কায়বৃদ্ধি (keatoderma) (§ 747)

VIII. শৃঙ্গস্তরের শ্লেষ্মাস্রাবী কায়বৃদ্ধি (§ 748)

IX. অ্যাকানথোসিস নাইগ্রিক্যান্‌স্ (Acanthosis nigricans) (§ 749)

§ 741. I. **আঁচিলের** কারণ ভাইরাস সংক্রমণ। পরীক্ষামূলক সংক্রমণ ঘটিয়ে দেখা গিয়েছে, তার গড় উপ্তিকাল 4 মাস, যদিও এক থেকে একুশ মাসও হতে পারে।

বি ভি ন্ন প্র কৃ তি : লক্ষণ ও নিদর্শনগত বিভিন্ন প্রকৃতি নির্ভর করে দেহের যেসব স্থানে এগুলির উদ্ভব হয় সেই স্থান-চরিত্রের উপর এবং সম্ভবত অনাক্রম্যতার বিভিন্ন মাত্রানুসারে। (i) সবচেয়ে সাধারণ আঁচিলগুলির (verrucae vulgaris) উদ্ভব হয় হাতে ও জানুতে, কখনো কখনো মুখে ও ঠোঁটে। (ii) শিশুসুলভ বা মসৃণ আঁচিল সবচেয়ে বেশি দেখা যায় শিশুদের মুখে এবং হাতের পিছনে। (iii) পদতলের আঁচিল প্রধানত হয় স্কুল-ছাত্র-ছাত্রীদের ; মেয়েদের ক্ষেত্রে দ্বিগুণ। গোড়ালি এবং পদ-কূর্চাস্থির খিলানের নিচে যেখানে চাপ পড়ে, সাধারণত এগুলি সেখানেই দেখা যায়। বেদনাদায়ক হতে পারে। (iv) তীক্ষ্ণাগ্র আঁচিল (acuminate) হয় মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকায়। এককভাব এই আঁচিলগুলি ফিকে-লাল, নরম এবং প্রায়ই বৃন্তযুক্ত, কিন্তু অনেকগুলি একত্রে থাকলে দেখায় ফুলকপির মত এক একটি পিণ্ড। সব আঁচিলই আপনা থেকে অদৃশ্য হয়ে যায়, কিছু ক্ষেত্রে সারে অভিভাবনে (suggestion)*। চিকিৎসার মূল্যায়নের সময় কথাটি মনে রাখা উচিত।

চি কি ৎ সা : সাধারণ আঁচিল ও পদতলের আঁচিল অল্প সংখ্যায় থাকলে স্থানীয় বা সার্বিক অসাড়তা সৃষ্টি করে চেঁচে ফেলাই সঙ্গত। ছোট ছোট আঁচিলে এবং স্কুল ক্লিনিকে নিরেট কার্বন ডাইঅকসাইড-এর তুষার-পেনসিল অথবা দ্রবণরত তুষার ও অ্যাসিটোন বেশ কার্যকর। মসৃণ আঁচিলে স্পিরিটে দ্রবীভূত শতকরা একভাগ স্যালিসিলিক অ্যাসিড এবং 1 : 1000 মার্কারি পারক্লোরাইড প্রলেপ লাগানো যায়। তীক্ষ্ণাগ্র আঁচিলে সপ্তাহে

* সেরে যাবে এই আশ্বাস বা প্রত্যয়ের প্রভাবে।

একবার কি দুবার স্পিরিটে দ্রবীভূত শতকরা 20 ভাগ পোডোফাইলাম রেজিন লাগালে সুফল পাওয়া যেতে পারে। তবে কোন চিকিৎসক বা নার্সকে দিয়ে এই প্রলেপ লাগানো উচিত, কারণ আঁচিলের চতুর্দিকস্থ ত্বক নরম প্যারাফিনের সাহায্যে অক্ষুণ্ণ রাখা দরকার।

§ 742. II. **কড়া ও চর্মকাঠিন্য** (corn and callosity): কড়া হল চর্ম-কাঠিন্যের পরিবর্তিত রূপ। পুরু হয়ে যাওয়া শৃঙ্গস্তর নিচের দিকে সম্প্রসারিত হওয়ার কারণে চাপ দিলে বেদনাবোধ জাগে। এগুলি বিশেষ করে দেখা দেয় পায়ের আঙ্গুলের উপর ; একটি আঙ্গুল অপর কোনটির উপর নিরন্তর চাপ সৃষ্টি করলে দুই আঙ্গুলের মধ্যেও হতে পারে। চর্মকাঠিন্য হল চতুর্দিক বেষ্টিত স্থূল শৃঙ্গযুক্ত চাপড়া, যার উদ্ভব দীর্ঘকাল ধরে ত্বকের কোন এক জায়গায় চাপ সৃষ্টি বা ঘর্ষণ থেকে। পায়ের তলায় চর্মকাঠিন্যের সঙ্গে আঁচিলের পার্থক্যটি বুঝতে হবে। বেদনাদায়ক হলে স্যালিসিলিক প্লাষ্টার প্রয়োগে নরম করার পর ছেঁটে ফেলা যেতে পারে।

§ 743. III. **জরা ও ঘর্মমেদস্রাব জনিত ত্বক-স্থূলতা**: জরা জনিত ত্বকস্থূলতা ঘটে উন্মুক্ত ত্বকে—যেমন মুখে হাতে ও বাহুতে, বিশেষ করে যাঁরা পেশাগত কারণে ঘরের বাইরে কর্মজীবন কাটিয়েছেন তাঁদের। কর্কশ, দৃঢ়ভাবে আসঞ্জিত শৃঙ্গবহুল চাপড়াগুলি মারক রূপ ধারণ করতে পারে, যার নিদর্শনগত প্রমাণ হল চাপড়াটি শক্ত হয়ে যাওয়া অথবা ক্ষত সৃষ্টি হওয়া। ফিনল অথবা অবিমিশ্র ট্রাইক্লোরঅ্যাসেটিক অ্যাসিড দিয়ে চিকিৎসা করলে সুফল পাওয়া যায় বটে, কিন্তু নতুন অঙ্গবৃদ্ধির মত পরিবর্তন সন্দেহ করলে বায়োপ্সী করা এবং আক্রান্ত অংশটি কেটে বাদ দেওয়া উচিত। ঘর্মমেদ ঘটিত ত্বকস্থূলতা (আঁচিল) হচ্ছে আবেষ্টনীবদ্ধ গোলাকার বা ডিম্বাকার অনুভূমিক একটু উঁচু অংশ বাদামী তৈলাক্ত শল্ক দ্বারা আবৃত। কোমরের চারিদিকে, গ্রীবায়, কাঁধে এবং বিরল ক্ষেত্রে মুখে এগুলি প্রচুর সংখ্যায় দেখা দিতে পারে। সাধারণত পঞ্চাশোর্ধ্ব বয়সে উদ্ভব হলেও ত্রিশের নিচেও হওয়া সম্ভব। চিকিৎসা করা হয় নিছক সৌন্দর্য রক্ষার স্বার্থে, কারণ এগুলি প্রাক-মারক নয়। পদ্ধতি হিসাবে কেটে দেওয়া, চেঁচে ফেলা কিংবা বৈদ্যুতিক বিদাহন দ্বারা ধ্বংস করে ফেলা যেতে পারে।

§ 744. IV. **টিউবারকুলোসিস জাত আঁচিল** হচ্ছে আনুষঙ্গিক যক্ষ্মা সংক্রমণের একটি রূপ। ফুসফুসের দীর্ঘস্থায়ী যক্ষ্মাক্রান্ত রোগীর নিজের

কফ থেকে ত্বকে বীজাণুর অনুপ্রবেশ মারফৎ এই অবস্থার সৃষ্টি হয়। প্রথমে শক্ত ধরনের একটি পুঁজযুক্ত ফুসকুড়িতে অত্যধিক শৃঙ্গবৃদ্ধি ঘটে এবং এর পর সেটি যথেষ্ট সম্প্রসারিত হয়ে বৃহৎ আঁচিলযুক্ত ফলকে পরিণত হয়; কিন্তু তার ফিকে-লাল প্রদাহপীড়িত বৃন্তবেষ্টনী (areola) বজায় থাকে বলে ভাইরাস ঘটিত আঁচিলের সঙ্গে পার্থক্য চেনা যায়। যাঁরা সংক্রমিত মৃতদেহ ঘাঁটা-ঘাঁটি করেন তাঁদের হাতে টিউবারকুলোসিস জাত আঁচিলের উদ্ভব হয়ে থাকে।

§ 745. V. **সিফিলিসের কণ্ডাইলোমেটার** (ত্বক গুটিকার) আবির্ভাব ঘটে সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে যেখানে ত্বকের দুই পাট পরস্পরের সংস্পর্শে অবস্থান করে সেই রকম এলাকায়। এগুলি সবচেয়ে বেশি দেখা যায় পায়ু ও জননেন্দ্রিয়ের অন্তর্বর্তী এলাকায়, তবে মেয়েদের স্তনের নিচে, কুক্ষিদেশে এবং হাতের বা পায়ের আঙুলের মধ্যবর্তী স্থানেও উদ্ভব হতে পারে। প্রথমে নরম সমতলীয় পিড়কা রূপে আবির্ভূত হয়ে সেগুলি স্বেদক্ষরণ ও ঘর্ষণের কারণে বর্ধিতকায় আঁচিলের রূপ নিতে পারে। এগুলি দূষিত এবং অত্যন্ত সংক্রামক শ্লেষ্মাস্রাবের দ্বারা আবৃত থাকে।

§ 746. VI. **লিউকোপ্লেকিয়ার** সাদা ছোপগুলি দেখা দেয় ঠোঁটে, জিবে অথবা মুখের মধ্যে যে-কোন জায়গায় এবং যোনিদ্বারে। হাত দিয়ে স্পর্শ করলে কিছুটা কর্কশ মনে হতে পারে, কিন্তু যদি শক্ত বোধ হয় সেটা সম্ভাব্য মারক পরিবর্তনের ইঙ্গিত। জরা বা সূর্যালোক প্রসূত ত্বকস্থূলতার অনুরূপ এই ছোপগুলি দীর্ঘস্থায়ী উপদহনে শ্লেষ্মাঝিল্লীর প্রতিক্রিয়ার ফল। যোনিদ্বারের ক্ষয়িষ্ণুতা পূর্বানুকূল অবস্থা সৃষ্টি করে।

রো গ নি র্ণ য়ঃ মুখে লিকেন প্লেনাস এবং যোনিদ্বারে লিকেন প্লেনাস ও লিকেন সিমপ্লেক্স্-এর সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে। ব্যাধি চরিত্র সম্পর্কে সন্দেহ থাকলে এবং আমূল চিকিৎসা করতে হলে বায়োপ্‌সী করা একান্ত প্রয়োজন।

চি কি ৎ সাঃ মৃদু প্রকৃতিতে ধূমপান ইত্যাদি উপদহনের কারণগুলি পরিহার করতে হবে। রোগী যদি নিয়মিতভাবে চিকিৎসকের ঘনিষ্ঠ তত্ত্বাবধানে থাকেন তবেই লক্ষণভিত্তিক ব্যবস্থাগুলি নেওয়া সম্ভব। যদি ছোপগুলি শক্ত হয়ে যায় কিংবা ক্ষতের উদ্ভব হয়, অথবা যদি স্থানীয় প্রলেপে সুফল না পাওয়া যায় সেরকম অবস্থায় অস্ত্রোপচার মারফৎ কেটে

বাদ দেওয়াই সঙ্গত, কারণ বেশ কিছু ক্ষেত্রে লিউকোপ্লেকিয়া থেকে শল্করূপী এপিথিলিয়া-টিউমারের উদ্ভব হয়ে থাকে।

§ 747. VII. **করতল ও পদতলের ত্বকস্থূলতা :** (i) জ ন্ম গ ত ত্বকস্থূলতা একটি বংশগতি সূত্রে প্রাপ্ত প্রভাবশালী চরিত্র। করতলের ও পদতলের ছড়িয়ে পড়া ধরনের স্থূলতা সাধারণত 2 বছর বয়সের আগেই শুরু হয়ে যায়। এদের সুস্পষ্ট কিনারাগুলি সঙ্কীর্ণ রক্তিম বৃন্তবেষ্টনী (areola) দিয়ে ঘেরা থাকে। চি কি ৎ সা : স্থূলতা যেখানে অকর্মণ্যতা সৃষ্টি করেছে সেরকম ক্ষেত্রে স্থূল অংশটি কেটে বাদ দিয়ে ত্বক অঙ্কুরোপণ করে (grafting) সুফল পাওয়া গিয়েছে। আর এক ধরনের জন্মগত ত্বকস্থূলতা সৃষ্টি হয় বিযুক্ত শল্কবহুল পিড়কা রূপে—দেখতে কড়ার মত। (ii) ঋ তু নি বৃ ত্তি কা লী ন ত্বকস্থূলতা দেখা দেয় মহিলাদের ঋতু নিবৃত্তিকালীন বয়সে কিংবা তারও পরে। প্রায়ই সঙ্গে থাকে মেদবাহুল্য, উচ্চ রক্তচাপ এবং জানুতে সন্ধি-প্রদাহ। করতলে বা পদতলে বিযুক্ত সুস্পষ্ট গোলাকার বা ডিম্বাকার শৃঙ্গবহুল চাপড়াগুলি মিলিত হয়ে সৃষ্টি করে শৃঙ্গবহুল ফলক বা পটি (band)। চিকিৎসা : ইস্ট্রোজেন প্রয়োগে বিশেষ কাজ হয়না। বরং ওজন কমিয়ে এবং শৃঙ্গগুলিকে শিথিল করার উপযোগী প্রলেপ লাগিয়ে কিছু উপকার পাওয়া যায়। সিরামে কোলেস্টেরলের হার বেশি হলে থাইরয়েড প্রয়োগ করা যায়। (iii) আ র্সে নি ক ঘ টি ত ত্বকস্থূলতার উদ্ভব হয় আর্সেনিক প্রয়োগের শেষ পর্যায়ে। অতীতে বহু দীর্ঘস্থায়ী চর্মরোগে দীর্ঘকাল ধরে ফাউলার (Fowler) উদ্ভাবিত সলিউসন দেওয়া হত, এবং স্নায়বিক বিশৃঙ্খলায় দেওয়া হত ব্রোমাইড-মিকশ্চারের সঙ্গে। স্ফোটকগুলি দেখা দিত করতলে এবং পদতলে ছোট ছোট কর্কশ শৃঙ্গবহুল পিড়কা রূপে। এই রকম প্রায় অর্ধেক সংখ্যক ক্ষেত্রে দেহের অন্যান্য এলাকাতেও আর্সেনিক প্রসূত রঞ্জকায়নও দেখা দেয়। ত্বকস্থূলতা চলতেই থাকে এবং মারক পরিবর্তন দ্বারা শল্করূপী এপিথিলিয়া-টিউমারে রূপান্তরিত হতে পারে। (iv) নানারকম চর্মরোগ থেকেও করতলের ও পদতলের ত্বকস্থূলতা ঘটতে পারে এবং পরে ঐসব স্থানে একজিমা, লিকেন সিমপ্লেক্স্, লিকেন প্লেনাস এবং সোরিয়াসিসের মত শৃঙ্গ-বহুল রূপ নিতে পারে। ভুসির মত শল্কযুক্ত চর্ম-স্ফোটক পিটিরিয়াসিস রুব্রা পিলারিসে ছড়িয়ে পড়া ধরনের ত্বকস্থূলতার উদ্ভব হয়।

§ 748. VIII. **শ্লেষ্মাস্রাবী ত্বকস্থূলতা** বিরল; মহিলাদের তুলনায়

বেশি আক্রান্ত হন পুরুষরা। অতীতে এই রোগটিকে গনোরিয়া সংক্রমণ প্রসূত বলে মনে করা হত এবং সম্ভবত তারই সঙ্গে সংশ্লিষ্ট ; তবে রীটার (Reiter) বর্ণিত ব্যাধিতেও এই নিদর্শনটি দেখা যায়। স্ফোটকগুলি করতলে ও পদতলে, নখভূমির চতুর্দিকে, গুল্‌ফ্‌-সন্ধির উপরে, পায়ে, জানুতে, উরুদেশে, জননাঙ্গে এবং কখনো কখনো শ্লেষ্মাঝিল্লীতে সমভাবে উদ্‌গত হয়। প্রথমে দেখা দেয় ছোট্ট একটি সপূঁজ ফুসকুড়ি ; সেটি দ্রুত বাদামী রঙের মোমের মত পিড়কায় পরিণত হয়—দেখতে অনেকটা শামুকের শঙ্কু সদৃশ। জোটবদ্ধ হয়ে এরা একটি ছড়ানো চাদরের রূপ নিতে পারে। সঙ্গে অস্থিসন্ধি ও কনীনিকার প্রদাহ থাকতে পারে। রুপিয়া সদৃশ (rupioid)[1] সোরিয়াসিসের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা কঠিন কিংবা অসম্ভব। চি কি ৎ সা হিসাবে অ্যান্টিবায়োটিক নিষ্ফল। কখনো কখনো এসিটিএইচ (ACTH) ও কর্টিসোনে উপকার পাওয়া যায়।

§ 749. IX. **অ্যাকানথোসিস নিগ্রিক্যান্‌স্‌**[2] হচ্ছে দেহের বাঁকে বাঁকে অথবা শ্লেষ্মাঝিল্লী ও ত্বকের সংযোগ স্থলে রঞ্জকায়িত আঁচিলের মত অঙ্গবৃদ্ধি। সাধারণত এগুলি ওভারীতে, জরায়ুতে অথবা অন্ত্রনালীতে কারসিনোমার বহিঃপ্রকাশ। নতুন অঙ্গবৃদ্ধির অন্যান্য প্রমাণ পরিস্ফুট হওয়ার কয়েক মাস বা কয়েক বছর আগেই এগুলি দেখা দিতে পারে। শিশু ও কিশোরদের পিটিউটারী ঘটিত স্থূলতার সঙ্গে এর এক ধরনের নিরীহ রূপ দেখা যায়।

গ্রুপ VIII. ক্ষ তা ঙ্ক, কা ঠি ন্য ও ক্ষ য়ি ষ্ণু তা

I. ক্ষতাঙ্ক ও কিলয়েড (§ 750)

II. ত্বককাঠিন্য—ত্বক শক্ত ও পুরু হয়ে যায়, আঙ্গুল দিয়ে টেনে তোলা যায়না (§ 751)

সাধারণ	বিরল
(i) রক্তবদ্ধতা জনিত কাঠিন্য	(ii) ত্বককাঠিন্য
	(iii) ত্বকের স্থিতিস্থাপক ও সংযোজক কলার কোলাজেন

1. Rupia—দেখতে ঝিনুকের খোলার মত একটু উঁচু কৃষ্ণবর্ণ ফলক যা ত্বকে আঁশের মত আসঞ্জিত থাকে ; দেখা যায় সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে।

2. Acanthosia—উপত্বকের প্রিক্‌ল্‌ (prickle) কোষ স্তরের কায়বৃদ্ধি ও স্থূলতা।

(iii) **নেক্রোবায়োসিস লিপয়ডিকা** (Necrobiosis lipoidica)[1] হচ্ছে সুস্পষ্ট সীমানাবদ্ধ মসৃণ চকচকে কতকগুলি পীতাভ-লাল ফলক, সঙ্গে কৈশিক জালিকার লক্ষণীয় স্ফীতি; এগুলি ক্ষতে রূপান্তরিত হতে পারে। জঙ্ঘার নিম্নাংশে আঘাত থেকে এদের উৎপত্তি। সাধারণত ডায়াবিটিস রোগীরা এই রোগে আক্রান্ত হন। চিকিৎসা: ডায়াবিটিস নিয়ন্ত্রিত হলে চর্মরোগও কিছুটা কমে যায়। স্থিতিস্থাপক ব্যাণ্ডেজ জড়িয়েও উপকার পাওয়া যায়। স্থানীয়ভাবে হাইড্রোকর্টিসোন অ্যাসিটেট-এর নিলম্বন ইনজেকসন করে সুফল পাওয়া যাচ্ছে।

(iv) **শক্ত শোথ** শিশু ও পঞ্চাশ অনূর্ধ্ব'দের একটি বিরল ব্যাধি। শোথযুক্ত পুরু হয়ে যাওয়া ত্বক চাপ দিলে অবনমিত হয়না। সাধারণত দেখা দেয় মুখে, গ্রীবায়, দেহকাণ্ডের উর্ধ্ব'াংশে ও বাহুতে এবং বিরল ক্ষেত্রে অন্যান্য এলাকায়। কয়েক মাসের মধ্যে আপনা থেকেই কমে যায়।

(v) **নবজাতকের ত্বককাঠিন্য** দেখা দেয় অপরিণত বা দুর্বল শিশু ভূমিষ্ঠ হওয়ার প্রথম কয়েক দিনের মধ্যে। জঙ্ঘা অথবা উরুর ত্বক প্রথমে সাদা, মসৃণ, দৃঢ় এবং শীতল হয়ে যায় এবং এই পরিবর্তন দ্রুত সর্বাঙ্গে ছড়িয়ে পড়ে। এ-রোগে মৃত্যুহার খুব বেশি। পার্থক্য নির্ণয় করতে হয় নবজাতকের মেদক্ষয়, শক্ত শোথ এবং প্রান্তীয় রক্তস্রোতে ইরিথ্রোব্লাস্ট্-এর উপস্থিতি জনিত সর্বাঙ্গীণ শোথের সঙ্গে। চিকিৎসা সন্তোষজনক নয়, তবে স্টেরয়েড প্রয়োগে কিছু কাজ হতে পারে। শিশুকে ইনকিউবেটরে রেখে শুশ্রূষা করতে হবে।

§ 752. III. ত্বকের ক্ষয়িষ্ণুতা :

(i) **জরা জনিত ক্ষয়িষ্ণুতা** সবচেয়ে প্রকট হয় দেহের অনাচ্ছাদিত স্থানগুলিতে—প্রথম বয়সে যারা সূর্যালোকে খুব বেশি উন্মুক্ত হন, তাঁদের। শুকনো, অ-স্থিতিস্থাপক, অসমভাবে রঞ্জকায়িত ত্বক শীতকালে উপদহনে আক্রান্ত হতে পারে। উপসর্গ হিসাবে দেখা দেয় ত্বকস্থূলতা ও কারসিনোমা।

(ii) **ডোরাকাটা ক্ষয়িষ্ণুতা** হল ত্বকের যে-অংশে টান পড়েছে—

---

1. **Necrobiosis**—অন্তস্তকের স্থিতিস্থাপক ও সংযোজক কলায় কোলাজেন-বিশৃঙ্খলা জনিত ত্বকের ছোপ—**Dorland**

যেমন গর্ভাবস্থায় উদরদেশে—সেখানে রক্তিমাভ, লাইল্যাক কুসুমসুলভ[1] অথবা শ্বেতবর্ণ রেখার মত অসম কতকগুলি পটি। এগুলি কাশিং বর্ণিত উপব্যাধির বৈশিষ্ট্য, তবে কখনো কখনো সুস্থ কিশোর-কিশোরীদের নিতম্বে, ঊরুতে এবং বাহুতে এই ডোরাগুলি দেখা যায়।

(iii) **যোনিদ্বারের কঠিন শুষ্ক ক্ষয়িষ্ণুতা** (Kraurosis) থেকে যোনির ছিদ্রটি সঙ্কীর্ণ হয়ে ক্ষুদ্রোষ্ঠ (লেবিয়া মাইনর) অদৃশ্য হয়ে যায়। মসৃণ চকচকে শ্লেষ্মাঝিল্লী সাধারণত রক্তিমাভ বা পীতাভ; শ্বেতবর্ণ হওয়াও সম্ভব। প্রচণ্ড চুলকানি হতে পারে। "কঠিন শুষ্ক ক্ষয়িষ্ণু" অভিধাটি ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত হলেও বিভ্রান্তিকর এই কারণে যে বহু কঠিন ধরনের লিকেনকেও এই নামে চিহ্নিত করা হয়ে থাকে এবং অন্যান্য বিকারতাত্ত্বিক প্রক্রিয়াতেও যোনি-ক্ষয়িষ্ণুতার মত একই রকম পরিবর্তন ঘটে। রোগ নির্ণয়ের জন্যে, বিশেষ করে আমূল চিকিৎসার উদ্দেশ্য থাকলে বায়োপ্‌সী করা অপরিহার্য। কঠিন ধরনের লিকেনে পায়ুর চতুর্দিকস্থ ত্বক আক্রান্ত হয়ে পড়ে। জরা জনিত ক্ষয়িষ্ণুতা, যার সঙ্গে জরা জনিত প্রদাহ থাকাও সম্ভব, সাধারণত তাতে কোন রোগ-লক্ষণ থাকেনা, এবং লিউকোপ্লেকিয়াও অনুপস্থিত। একটি মাত্র সাদা পুরু চাপড়া হিসাবে লিউকোপ্লেকিয়া যেমন স্বতঃস্ফূর্তভাবে উদ্ভব হতে পারে তেমনি দেখা দিতে পারে যোনিদ্বারের কঠিন ক্ষয়িষ্ণুতায় অথবা কঠিন ধরনের লিকেনে। দীর্ঘকাল ধরে বারবার আঁচড়ানোর ফলে লিকেন সিমপ্লেকস্-এর আবির্ভাব সাধারণ ঘটনা; শ্বেতবর্ণ পুরু চাপড়া প্রায়ই উরুর উর্ধ্বাংশে ছড়িয়ে পড়ে; কিন্তু চাপড়াটি যদি শুধু যোনিদ্বারেই সীমাবদ্ধ থাকে সেক্ষেত্রে লিউকোপ্লেকিয়ার সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয় করা দুরূহ। এ-রোগের একটি সাধারণ উপসর্গ হল লিউকোপ্লেকিয়া যা কারসিনোমার অগ্রদূত। চিকিৎসা অসন্তোষজনক। প্রশান্তকারী ওষুধ, হাইড্রোকর্টিসোন কিংবা অনুত্তেজক কোন প্রলেপ লাগালে লক্ষণগুলি উপশম হয়। অতি-চিকিৎসা একটি সাধারণ ভ্রান্তি। টিস্যু-গঠন সম্পর্কিত বিকারতত্ত্বে অভিজ্ঞ কোন ব্যক্তি যিনি লিকেন সিমপ্লেকস্ ও লিউকোপ্লেকিয়ার পার্থক্য সম্পর্কে ওয়াকিবহাল, তাঁর অভিমতে রোগটি যদি লিউকোপ্লেকিয়া বলে নির্ণিত হয়, সেক্ষেত্রে যোনি কেটে বাদ দেওয়াই

1. হালকা বেগনি-লাল রঙের ফুল, জলপাই গাছের সমগোত্রীয়

যুক্তিযুক্ত।

(iv) **কঠিন লিকেন** হল সমতলীয় শ্বেতবর্ণ কতকগুলি পিড়কা যাদের উপরতল সামান্য অবনত অথবা শৃঙ্গবহুল অবরোধক দ্বারা গঠিত, পিড়কাগুলি জোটবদ্ধ হয়ে ফলক সৃষ্টি করতে পারে। ফলকগুলির কেন্দ্রস্থল চেটাল হয়ে গিয়ে সূক্ষ্ম কুঞ্চনবিশিষ্ট নীলাভ-সাদা ক্ষয়িষ্ণুতায় পরিণত হয়। এগুলি সাধারণত প্রকাশ পায় গ্রীবাদেশে, দেহকাণ্ডের ঊর্ধ্বাংশে এবং পায়ু ও জননাঙ্গ এলাকায়; সেখানেই সীমাবদ্ধ থাকতে পারে। যোনিদ্বার আক্রান্ত হওয়ার ফলে ভগাঙ্কুর (clitoris) ও ক্ষুদ্রোষ্ঠ (labia minor) প্রচণ্ডভাবে সঙ্কুচিত হয়ে যায়; কুঞ্চিত শ্বেত ক্ষয়িষ্ণুতা পিছনদিকে সম্প্রসারিত হয়ে পায়ুর চতুর্দিকে ছড়িয়ে পড়তে পারে (চিত্র 203)। এদের সুস্পষ্ট কিনারায় শ্বেতবর্ণ পিড়কাগুলি চেনা যায়। লক্ষণ কিছু না থাকলেও চুলকানি, দাহ এবং সহবাসে বেদনাবোধ হওয়া স্বাভাবিক। কৈশিক জালিকার স্ফীতি, পারপিউরা এবং ফোস্কার আবির্ভাব সাধারণ উপসর্গ; লিউকো-প্লেকিয়ার উদ্ভব হওয়াও সম্ভব। সচরাচর আক্রান্ত হন মধ্যবয়সী মহিলারা, কিন্তু বয়ঃসন্ধির আগে কিশোরীদেরও হতে পারে। রো গ নি র্ণ য় : দেহের অন্য কোন এলাকায় এই ধরনের কোন বিকৃতি না থাকলে যোনিদ্বারে অন্য কোন কারণ প্রসূত ক্ষয়িষ্ণুতার সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয়ের জন্যে বায়োপসী করা উচিত; চি কি ৎ সা : চুলকানি কমানোর জন্যে লক্ষণভিত্তিক চিকিৎসার প্রয়োজন। লিউকোপ্লেকিয়ার উদ্ভব হচ্ছে কি না শুরুতেই তা ধরে ফেলার উদ্দেশ্যে রোগিণীকে নিয়মিত পরীক্ষা করা উচিত। প্রতিষেধ হিসাবে যোনিদ্বার কেটে বাদ দিলেও পুনর্গঠিত যোনিদ্বারও ক্ষয়িষ্ণুতায় আক্রান্ত হতে পারে।

পুং-জননেন্দ্রিয়ের কঠিন লিকেন বিরল। মূত্রপথ সঙ্কুচিত হয়ে যায় অথবা দেখা দেয় লিঙ্গাগ্রের প্রদাহপীড়িত কাঠিন্যের সঙ্গে ফাইমোসিস।

(v) **ত্বকনিম্ন মেদের ক্ষয়িষ্ণুতা** দেখা দেয় ত্বকে চতুর্দিক বেষ্টিত অবনত এলাকা হিসাবে, বিশেষ করে মহিলা ও শিশুদের দেহের যেখানে বারবার ইনসুলিন ইনজেকসন দেওয়া হয়েছে সেইখানে। ইনজেকসনের স্থান পরিবর্তন করে এই ক্ষয়িষ্ণুতা এড়ানো যায়।

ওয়েবার-ক্রিশ্চিয়ান (Weber-Crisitian) বর্ণিত ব্যাধিতে (§ 722) প্রদাহমূলক পর্বাণুর উদ্ভব হয়ে সেখানে ক্ষয়িষ্ণু অবনত এলাকা সৃষ্টি হয়ে

থাকে। ক্রমবর্ধমান মেদক্ষয় একটি অজ্ঞাত কারণ প্রসূত বিরল ব্যাধি যাতে উর্ধ্বাঙ্গে ত্বকনিম্ন মেদক্ষয় হয়, আর নিম্নাঙ্গে মেদ বৃদ্ধি পায়। অন্যান্য এলাকাতেও ব্যাপক ক্ষয়িষ্ণুতা ঘটতে পারে।

(vi) **স্বতোৎসারিত দাগরূপী ক্ষয়িষ্ণুতা** একটি বিরল ব্যাধি যাতে দেহকাণ্ডে এক বা দুই সেন্টিমিটার ব্যাসবিশিষ্ট নরম শ্বেতবর্ণ ক্ষয়িষ্ণু এলাকার উদ্ভব হয়। এগুলি দেখা দেওয়ার আগে রক্তিমা কিংবা আম্বাত হতে পারে। এই দাগগুলির সঙ্গে সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ের গুটিকা-পরবর্তী দাগরূপী ক্ষয়িষ্ণুতার পার্থক্য নির্ণয় করতে হবে।

(vii) **হাত বা পায়ের ক্ষয়িষ্ণু চর্ম-প্রদাহ** প্রধানত হয় মধ্যবয়সী মহিলাদের। হাতে-পায়ে শোথযুক্ত রক্তিম ফলকগুলি ক্ষয় পেয়ে সেখানকার ত্বক নরম, পাতলা এবং ঈষদচ্ছ হয়ে যায়। কোন কোন ক্ষেত্রে দেখা দেয় তন্তুজ পর্বাণু এবং কৃত্রিম কঠিন ত্বকের পটি। ব্যাধিটি সংক্রামক হতে পারে। বৃহৎ মাত্রায় পেনিসিলিন প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়।

(viii) **রঞ্জকায়িত ত্বক-ক্ষয়িষ্ণুতা** একটি বর্ণনামূলক অভিধা যার অর্থ একই সঙ্গে বিন্দুবৎ রঞ্জকায়িত ক্ষয়িষ্ণুতা, রঞ্জক ক্ষয় এবং কৈশিক জালিকাস্ফীতি উপস্থিত থাকে। জ্যাকোবি (Jacobi) বর্ণিত রঞ্জকায়িত ক্ষয়িষ্ণুতায় দেহের বৃহৎ বাঁকগুলির চতুর্দিকে এই পরিবর্তন ঘটে। এগুলি বছরের পর বছর অপরিবর্তিত থাকতে পারে অথবা সর্বাঙ্গে ছড়িয়ে পড়াও সম্ভব। কারও কারও ক্ষেত্রে এগুলি ছত্রাক রোগ সদৃশ মারক অঙ্গবৃদ্ধি অথবা জালিকাতন্ত্রের সারকোমার বহিঃপ্রকাশ। দীর্ঘস্থায়ী চর্ম ও পেশী-প্রদাহে ব্যাপক রঞ্জকায়িত ক্ষয়িষ্ণুতার উদ্ভব হতে পারে। জন্মগত রঞ্জকায়িত ক্ষয়িষ্ণুতা রথমাণ্ড্ (Rothmund) বর্ণিত উপব্যাধির একটি আংশিক রূপ। ত্বকের পরিবর্তনগুলি প্রথম জীবনেই মুখে, নিতম্বে এবং হাতে-পায়ে প্রকাশ পায়। পরবর্তীকালে চোখে ছানি পড়তে পারে। সিভাট্টে (Civatte) বর্ণিত রঞ্জকায়িত ত্বক-ক্ষয়িষ্ণুতায় ত্বকের পরিবর্তনগুলি মধ্যবয়সী মহিলাদের গ্রীবার পাশের দিকে এবং মুখে সীমাবদ্ধ থাকে ; এ-সম্পর্কে পরে আলোচনা করা হয়েছে।

(ix) **জন্মগত ক্ষয়িষ্ণুতা :** বহু জন্মগত উপব্যাধিতে—যেমন জন্মগত রঞ্জকায়িত ত্বকে, রঞ্জকায়িত ত্বক-শুষ্কতায় (§763) এবং জন্মগত বহিস্তকের গঠন-ত্রুটিতে ক্ষয়িষ্ণুতা একটি বৈশিষ্ট্য। অ্যাক্রোজেরিয়াতে প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গ-

গুলির ত্বক বৃদ্ধদের মত পাতলা ও নরম হয়ে যায়।

গ্রুপ IX. রঞ্জকায়ন ও রক্তনালী সংক্রান্ত পরিবর্তন

যে-অবস্থাগুলি ত্বকের বর্ণ নির্ধারণ করে § 622 অনুঅধ্যায়ে সেগুলি আগেই আলোচনা করা হয়েছে।

I. **রঞ্জকহীনতা** (albinism) একটি জন্মগত অবস্থা। এক বা একাধিক এলাকা যেমন আংশিকভাবে রঞ্জকহীন হতে পারে তেমনি সমগ্র ত্বকে বা তার সংযোগী উপাঙ্গে কিংবা কনীনিকায় মেলানিনবিহীন সার্বিক রঞ্জকহীনতা সৃষ্টি হওয়াও সম্ভব। চুল সাদা কিংবা খুব ফিকে-হলুদ হয়ে যায়, কনীনিকা হয় ফিকে-লাল।

II. **ধবল** (vitiligo) : দেহের যে-কোন অংশে, বিশেষত গ্রীবায়, হাতে ও দেহকাণ্ডে সুস্পষ্ট উত্তল সীমানাবিশিষ্ট কতকগুলি রঞ্জকহীন চাপড়ার উদ্ভব ; এগুলি প্রায়ই সুসমঞ্জসভাবে বিন্যস্ত। প্রথমে চারপাশের অতিরঞ্জিত ত্বকের বৈসাদৃশ্য দৃষ্টি আকর্ষণ করতে পারে। সূর্যালোকে উন্মুক্ত হলে আক্রান্ত এলাকায় দাহবোধ হতে পারে, তবে মূল অসুবিধা দেহকান্তির। এ-রোগের গতি-প্রকৃতি বিভিন্ন রকম—কখনো আংশিক উপশম হয় কিংবা ক্বচিৎ আপনা থেকেই সেরে যায় ; কিন্তু সাধারণত দীর্ঘস্থায়ী। সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় অল্পবয়সী তরুণ-তরুণীরা। এর কারণ অজ্ঞাত, তবে পারিবারিক প্রবণতা থাকতে পারে। রো গ নি র্ণ য় : নিচে অন্য যে-সব অবস্থা বর্ণনা করা হয়েছে সেগুলি ছাড়া মরফিয়া (§ 751. ii. a) এবং কঠিন লিকেন-এর সম্ভাবনাও বাতিল করা দরকার। উভয় ক্ষেত্রে সাদা চাপড়ার গঠনবিন্যাস অস্বাভাবিক, কিন্তু প্রথমটিতে সে-বিন্যাস ক্ষতাঙ্কের মত, আর শেষোক্ততে নরম ও কুঞ্চিত। চি কি ৎ সা অসন্তোষজনক। অঙ্গরাগের ক্রীম ব্যবহার করা যেতে পারে। চিকিৎসকের সতর্ক তত্ত্বাবধানে মুখ দিয়ে অ্যাম্ময়ডিন (8-মেথকসিসোরালেন)[1] খাওয়ালে এবং স্থানীয়ভাবে প্রলেপ লাগালে মাঝে মাঝে উৎসাহব্যঞ্জক ফল পাওয়া যায় বটে, তবে তা অনিশ্চিত।

III. **আনুষঙ্গিক এবং লক্ষণভিত্তিক শ্বেতী** (Leucoderma) : কোন কোন প্রদাহমূলক বিশৃঙ্খলা—যেমন সোরিয়াসিস এবং লিকেন সিমপ্লেকস্-এর পর সেখানে সাময়িকভাবে রঞ্জকহীনতা ঘটতে পারে। বিরল

1. Ammoidin (8-methoxypsoralen)

ক্ষেত্রে, সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে এবং কুষ্ঠের অসাড় অবস্থায় গ্রীবাদেশে এরকম রঞ্জকহীনতার উদ্ভব হয়। ক্ষতাঙ্ক—বিশেষ করে রক্তিমাভ লুপাসের এবং সিফিলিসের ক্ষতচিহ্নগুলি রঞ্জকহীন হতে পারে।

IV. পেশাগত শ্বেতী : যে-সব নিগ্রো শ্রমিক হাইড্রোকুইনোন-এর মনোবেঞ্জোইল ইথারযুক্ত রবারের দস্তানা পরে কাজ করেন তাঁদের হাতে এবং পুরোবাহুতে শ্বেতী হতে দেখা গিয়েছে।

V. কৃত্রিম শ্বেতী : ব্যাধিগ্রস্ত ত্বকের কোন চাপড়া যখন সূর্যালোকে উন্মুক্ত হয়েও চতুঃস্পার্শ্বস্থ ত্বকের মত রঞ্জকান্বিত হতে পারেনা, সেই এলাকাটি সাদা দেখায়। শ্বেত পিটিরিয়াসিসে আক্রান্ত শিশুদের মুখে শুকনো শল্ক-যুক্ত চাপড়াগুলি (§ 661) এবং টিনিয়া ভারসিকোলর (versicolor) সংক্রমণ জনিত পিটিরিয়াসিসেও তাই ঘটে থাকে।

§ 754. অতিরঞ্জকায়ন :

(a) ব্যাপক বা সর্বাঙ্গীণ :

সাধারণ	গ্রেটব্রিটেনে বিরল
I. জাতিগত রঞ্জকায়ন	VI. মারক ক্রিয়োক্রোমোসাইটোমা (§ 97)
II. গর্ভাবস্থা (§ 451)	VII. লিভারের সিরোসিস (§ 342)
III. শীর্ণতা, বিশেষ করে নতুন অঙ্গবৃদ্ধি প্রসূত (§ 571)	VIII. স্প্রু (§ 318)
IV. থাইরয়েড-এর কায়বৃদ্ধি (§ 186)	IX. পেলেগ্রা (§ 633)
V. অ্যাডিসন বর্ণিত ব্যাধি (§ 576)	X. কালাজ্বর (§ 506)
	XI. ম্যালেরিয়া (§ 511)
	XII. আর্সেনিকের দীর্ঘস্থায়ী বিষক্রিয়া (§ 318)
	XIII. রৌপ্য স্বর্ণ অথবা বিসমাথের বিষক্রিয়া
	XIV. লৌহ সঞ্চয়ী ব্যাধি (haemochromatosia) (§ 343)
	XV. ত্বককাঠিন্য (§ 751)

XVI. অ্যাকানথোসিস নাইগ্রিক্যানস্
(§ 749)

XVII. মারক কৃষ্ণার্বুদ (melanoma)
(§ 756)

XVIII. গাউচার বর্ণিত ব্যাধি (§ 559)

দীর্ঘস্থায়ী উকুন রোগে অনেক দিন ধরে বারবার আঁচড়নি-চুলকানির জন্যে কারও কারও সর্বাঙ্গ রঞ্জকান্বিত হয়ে যায়। তাছাড়া কোন কোন ত্বক-রক্তিমা প্রসূত পরিবর্তনগুলির সঙ্গে অথবা উত্তরকালে সর্বাঙ্গীণ রঞ্জকায়ন হতে পারে।

(b) রঞ্জক বৃদ্ধির জন্যে নিম্নোক্ত বিভিন্ন কারণে স্থানীয়ভাবে ত্বকের রং পরিবর্তিত হয়ে যায়:

(i) কালো, বাদামী ও পাঁশুটে রঞ্জকায়ন:

সাধারণ	বিরল
I. ফুটিকা এবং ফোঁটাফোঁটা দাগ (Ephelis and lentigo) (§ 755)	VIII. কুষ্ঠ ও সিফিলিস (§ 762)
II. রঙীন জড়ুল ও কৃষ্ণার্বুদ (§ 756)	IX. পেলেগ্রা (§ 633)
III. নীল জড়ুল ও মঙ্গোলীয় দাগ (§ 757)	X. ভন রেকলিঙ্ঘাসেন বর্ণিত ব্যাধি (Recklinghausen) (§ 734)
IV. পেশা ও অঙ্গরাগ ঘটিত কৃষ্ণচর্ম (§ 758)	XI. বিরল রঞ্জকান্বিত ত্বকশুষ্কতা (§ 763)
V. ঘন রঞ্জকায়ন (chloasma) (§ 759)	XII. রঞ্জকান্বিত আঘাত (§ 764)
VI. প্রদাহোত্তর রঞ্জকায়ন (§ 760)	XIII. ধারণোক্ষম রঞ্জকায়ন (§ 675)
VII. ভারসিকোলর সংক্রমণ জনিত পিটিরিয়াসিস (§ 761)	XIV. বিপাকক্রিয়া প্রসূত রঞ্জকায়ন (ochronosis)(§ 766)

(ii) ফি কে-লা ল, লা ল ও বা দা মী-লা ল র ঞ্জ কা য় ন

XV. পারপিউরা (§ 767)

XVI. লৌহ-বৃদ্ধি (schamberg বর্ণিত ব্যাধি সহ) (§ 768)

XVII. কৈশিক জালিকা-স্ফীতি (§ 769)

XVII. কৈশিক জালিকার জড়ুল (§ 770)

XIX. রক্তনালিকা গঠিত বলয়াকার টিউমার (§ 771)

(iii) হ লু দ কিং বা পি ঙ্গ ল র ঞ্জ কা য় ন

XX. ক্যারোটিনাধিক্য জনিত রঞ্জকায়ন (§ 772)

(i) কা লো, বা দা মী বা পাঁ শু টে র ঞ্জ কা য় নঃ

§ 755. I. **ফুটিকা ও ফোঁটাফোঁটা দাগ** (Ephilis and lentigo) : ফুটিকা হচ্ছে ত্বকের উপর সাধারণ ফুটকি। গৌরবর্ণ মানুষের গায়ের যে-সব অংশ রৌদ্রে উন্মুক্ত থাকে, শৈশব থেকেই সেই সব এলাকায় বহু ফুটকি দেখা দেয়। শীতের সময় সেগুলি ফিকে হয়ে যেতে পারে। ফুটিকার সঙ্গে ফোঁটার পার্থক্য হচ্ছে এই যে ফোঁটাগুলি শরীরের যে-কোন অংশে যে-কোন প্রকৃতির চর্মে এবং সব ঋতুতেই বাদামী দাগ হিসাবে প্রকাশ পায়। শৈশব থেকে মধ্যত্রিশ পর্যন্ত এদের সংখ্যা বৃদ্ধি পেতে থাকে এবং এর পর কমে যায়। অন্ত্রে অসংখ্য পলিপ সহ বিরল পিউজ (Peutz) বর্ণিত উপব্যাধিতে মুখের চতুর্দিকস্থ ত্বকে এবং শ্লেষ্মাঝিল্লীতে একাধিক ফোঁটার আবির্ভাব ঘটে। বৃদ্ধ বয়সে হাতের পিছনে এবং মুখে নানান আকৃতির হালকা বাদামী রঙের দাগ দেখা যায় যেগুলিকে বলা হয় জরা জনিত ফোঁটা বা "লিভারের দাগ"। মারক ফোঁটা দেখা দেয় প্রধানত বৃদ্ধদের মুখে ; বাদামী বা কৃষ্ণবর্ণের চিত্র-বিচিত্র ছোপ বহু বছর ধরে ধীরে ধীরে ছড়িয়ে পড়ে, কিংবা ছোপটি পুরু হয়ে যায় বা ক্ষতে রূপান্তরিত হয় ; এই রূপান্তর কৃষ্ণার্বুদে পরিবর্তিত হওয়ার সঙ্কেত। এ-রোগের পূর্বাভাস অন্যান্য প্রকৃতির কৃষ্ণার্বুদের চেয়ে ঢের বেশি অনুকূল এবং স্থানীয়ভাবে কেটে বাদ দেওয়াই যথেষ্ট।

§ 756. II. **রঞ্জকায়িত জড়ুল** : অধিকাংশ মানুষের দেহেই এরকম দু-একটা জড়ুল থাকে। জন্মকালে অথবা পরবর্তী জীবনে আবির্ভূত এই জড়ুলগুলি শরীরের যে-কোন স্থানে উপস্থিত হতে পারে। মসৃণ ও সমতলীয়, নরম, একটু উঁচু ও গম্বুজাকৃতি, আঁচিলের মত অথবা কেশযুক্ত এই জড়ুলগুলি বিভিন্ন আকৃতি ও আকার বিশিষ্ট হওয়া সম্ভব। যেগুলি আঁচিল-

রূপী, কেশযুক্ত এবং একটু উঁচু, বিরল ক্ষেত্রে সেগুলিতে মারক পরিবর্তন ঘটে থাকে। আর যেগুলি ছোট, সমতলীয় ও গভীরভাবে রঞ্জকায়িত, বিশেষ করে যেগুলি হাতে, পায়ে এবং আঘাতে উন্মুক্ত স্থানে অবস্থিত, সেই জড়ুল-গুলি বিপজ্জনক। বয়ঃসন্ধির আগে মারক পরিবর্তন বিরল।

টিস্যুর গঠনচরিত্রের দিক থেকে জড়ুলে থাকে বিশেষ ধরনের জড়ুল-কোষ যাদের উৎপত্তি সম্ভবত উপত্বক ও অন্তস্তকের সংযোগস্থলে অথবা অন্তস্তকের গভীরে স্নায়ুকোষগুলিতে।

চিকিৎসার প্রয়োজন ঘটে সৌন্দর্য রক্ষার খাতিরে। নরম, উঁচু হয়ে ওঠা কিংবা আঁচিল সদৃশ অথবা কেশযুক্ত জড়ুল বৈদ্যুতিক বিদাহন দ্বারা সম্পূর্ণ ধ্বংস করে ফেলা যেতে পারে। সমতলীয় এবং হাতে-পায়ে অবস্থিত জড়ুল কেটে বাদ দেওয়া উচিত। কেউ কেউ মনে করেন, জড়ুলের উপর যদি আঘাত লাগার সম্ভাবনা থাকে সেক্ষেত্রে প্রতিষেধক হিসাবে সেটি কেটে বাদ দেওয়াই সঙ্গত।

মেলানিন রঞ্জিত কোষের টিউমার বা কৃষ্ণার্বুদ (মারক) : যে-ত্বক স্বাভাবিক ছিল কিংবা যেখানে সমতলীয় মসৃণ জড়ুল ছিল সেখানে কৃষ্ণার্বুদের উদ্ভব হওয়ার সম্ভাবনা থাকে। কোন জড়ুল যদি ক্রমেই বড় হতে থাকে, রক্তস্রাবী, ক্ষতযুক্ত কিংবা আরও বেশি রঞ্জকায়িত হয়ে ওঠে, অবিলম্বে সে-জড়ুল কেটে বাদ দিয়ে তার টিস্যু-গঠনচরিত্র পরীক্ষা করা উচিত। রো গ নি র্ণ য় : নিরীহ জড়ুল উদ্ভূত কৃষ্ণার্বুদের সঙ্গে হিস্টিয়োসাইট[1] কোষ গঠিত টিউমার, দানাদার টিস্যু গঠিত পুঁজযুক্ত টিউমার, রঞ্জকায়িত বুনিয়াদি কোষ গঠিত টিউমার ইত্যাদির পার্থক্য নির্ণয় করা বেশ দুষ্কর হতে পারে। চি কি ৎ সা : বেশ চওড়া করে কেটে বাদ দেওয়ার পর ত্বক অনুরোপণ করা যায়। কতকগুলি ক্ষেত্রে এলাকাস্থিত লসিকা গ্রন্থিগুলি অপসারণ করতে হয়। এ-রোগে প্রথম অবস্থাতেই কোষ স্থানান্তরণ হয় বলে পূর্বাভাস সব সময়ই অনিশ্চিত ; তবে শুরু থেকেই পর্যাপ্ত চিকিৎসা করলে রোগীকে দীর্ঘকাল বাঁচিয়ে রাখা সম্ভব। বিরল ক্ষেত্রে শেষ পর্যন্ত দেহের সবচেয়ে অনাচ্ছাদিত স্থানগুলিতে ছড়িয়ে পড়া ধরনের রঞ্জকায়ন হয়ে থাকে।

---

[1] Histiocytes—জালক অন্তর্ঝিল্লীতন্ত্রের অন্তর্ভুক্ত বৃহৎ গ্রাসক কোষ

§ 757. III. **নীল জড়ুল ও মঙ্গোলীয় দাগ :** নীল জড়ুল হচ্ছে চারদিক ঘেরা ঘন নীলাভ-কালো রঙের পিড়কা। সাধারণত দেখা দেয় হাতের পিছনে বা পায়ে কিংবা দেহের যে-কোন স্থানে। মেলানিন রঞ্জিত টিউমারে পরিবর্তিত হওয়া একান্তই ব্যতিক্রম। সৌন্দর্য রক্ষার কারণে চিকিৎসা দাবী করলে কেটে বাদ দেওয়া যেতে পারে। টিস্যু-গঠনচরিত্রের দিক থেকে প্রায় একই রকম মঙ্গোলীয় দাগ বা অস্পষ্টভাবে সীমিত রঞ্জকায়িত একটি চাপড়া এশীয় জাতিসমূহের অধিকাংশ নবজাতকের ত্রিকাস্থি এলাকায় জন্মকালেই উপস্থিত থাকে ; অন্যান্য জাতির মধ্যে দেখা যায়না। প্রথম জীবনেই অদৃশ্য হয়ে যায়।

§ 758. IV. **পেশাগত এবং অঙ্গরাগ ঘটিত ত্বক-কৃষ্ণতা :** (i) যে-সব শ্রমিক আলকাতরা এবং কিছু কিছু হাইড্রোকার্বন নিয়ে কাজ করেন, সঙ্গে সঙ্গে সূর্যালোক উন্মুক্ত হন, তাঁদের দেহের অনাবৃত স্থানগুলিতে—যেমন মুখের, হাতের এবং বাহুর ত্বকে ছড়িয়ে-পড়া ধরনের রঞ্জকায়ন হয়ে থাকে ; সঙ্গে শৃঙ্গস্তরের কায়বৃদ্ধি ও কোষথলিতে অবরোধক সৃষ্টিও লক্ষ্য করা যায়। (ii) বারলোক (Berloque) বর্ণিত রঞ্জকায়ন হচ্ছে চুলের কিনারা বরাবর অথবা গ্রীবার পাশে কতকগুলি অসম আঁকাবাঁকা ডোরা, যার কারণ ওডিকোলোন বা অন্যান্য গন্ধদ্রব্যে উপস্থিত বারগামোট (Bergamot) তেলের আলোক সংবেদ্যতা।

রীল (Reihl) বর্ণিত ত্বককৃষ্ণতা হচ্ছে 30-50 বছর বয়সী মহিলাদের ত্বকে ধীরে ধীরে বর্ধমান সূক্ষ্ম জালিকাবৎ রঞ্জকায়ন। প্রায়ই এর আগে দুইপাশের রগে এবং গ্রীবার দুইপাশে এক ধরনের রক্তিমার উদ্ভব হয়ে ললাট ও কপোল পর্যন্ত ছড়িয়ে পড়ে, বাদ যায় শুধু মুখের মধ্যভাগ ও চিবুক ; সঙ্গে থাকে বিভিন্ন মাত্রায় ক্ষয়িষ্ণুতা ও কৈশিক জালিকার স্ফীতি। সম্ভবত অঙ্গরাগে মিশানো আলোকসংবেদ্য পদার্থগুলি এর জন্যে দায়ী।

§ 759. V. **গাঢ় রঞ্জকায়ন** (chloasma) হচ্ছে মুখমণ্ডলের মধ্যভাগ বাদে মধ্যললাটে ও দুই কপোলে একই রকম ছড়িয়ে-পড়া ধরনের বাদামী ছোপ। প্রায়ই গর্ভাবস্থায় এই ছোপের আবির্ভাব ঘটে, আবার প্রসবোত্তর কালে অদৃশ্য হয়ে যায় ; কখনোবা মাসের পর মাস, বছরের পর বছর স্থায়ী হয়। ঋতুনিবৃত্তি কালে কিংবা ওভারীতে টিউমার হলে অথবা অজ্ঞাত কারণেও এই ধরনের গাঢ় রঞ্জকায়ন লক্ষ্য করা গিয়েছে।

§ 760. VI. **প্রদাহোত্তর রঞ্জকায়ন :** ত্বকের বেশ কিছু প্রদাহের পর রঞ্জকায়ন হওয়ার জন্যে অনেক সময় চিকিৎসকের পরামর্শ চাওয়া হয়, অথচ চিকিৎসক হয়তো ব্যাধির প্রাথমিক অবস্থাটি দেখেননি। রঞ্জকায়নের প্রকৃতিটি সুনির্দিষ্ট হতে পারে। লিকেন প্লেনাসে এবং হারপিস সদৃশ চর্ম-প্রদাহে এটি একটি বৈশিষ্ট্য। পোকার কামড়ের পর শিশুদের নিতম্বে এবং উরুতে অসম রঞ্জকায়িত চাপড়ার আবির্ভাব ঘটে। কিছু কিছু উদ্ভিদের সংস্পর্শে ও সূর্যালোকে উন্মুক্ত হওয়ার কারণে যে ফোস্কা পড়ে সেখানে লম্বা-লম্বা রঞ্জকায়িত দাগের উদ্ভব হয়ে থাকে (§ 679)। যাঁরা ঘণ্টার পর ঘণ্টা আগুনের কাছে সময় কাটান তাঁদের নিচের পায়ে রঞ্জকায়িত জালিকা সৃষ্টি হয়; বারবার গরম জলের বোতল দিয়ে সেঁক দিলে দেহের অন্য এলাকাতেও এরকম জালিকা দেখা দিতে পারে।

§ 761. VII. **পিটিরিয়াসিস ভারসিকোলর** (Tinea versicolor) হচ্ছে ম্যালাসেজিয়া ফারফার (malassezia furfur) নামক ছত্রাক সংক্রমণ। সাধারণত প্রাপ্তবয়স্ক ব্যক্তিদের দেহকাণ্ডের ঊর্ধ্বাংশে কতকগুলি অসম কিন্তু সুস্পষ্ট ফিকে-বাদামী চাপড়ার আবির্ভাব ঘটে; উপরে সূক্ষ্ম শল্ক সৃষ্টি হলেও সেগুলি খুব প্রকট নয়। রোগ নির্ণয় করা হয় শল্ক পরীক্ষায় ছত্রাক চিহ্নিতকরণ মারফৎ। চি কি ৎ সা : সকালে শতকরা 20 ভাগ সোডিয়াম থায়োসালফেট সলিউসন এবং রাত্রে শতকরা 5 ভাগ স্যালিসিলিক অ্যাসিড মিশ্রিত মলম প্রয়োগ।

§ 762. VIII. **কুষ্ঠ ও যক্ষ্মা :** কুষ্ঠের দাগ রঞ্জাকায়িত হতে পারে। দাগটি অসাড় হওয়া রোগ নির্ণয়ের সমর্থক। সিফিলিসের গুটি রঞ্জকায়িত হওয়া খুবই বিরল ঘটনা এবং মহিলাদের মধ্যে সীমাবদ্ধ; দেখা দেয় গ্রীবার পাশে ও পিছনে।

§ 763. XI. **রঞ্জকায়িত ত্বকশুষ্কতা** শৈশবে ত্বকের অনাবৃত অংশে শুকনো কর্কশ এবং রক্তিম পরিবর্তন হিসাবে প্রকাশ পায়। তিন-চার বছর বয়সে ঐসব এলাকায় অসংখ্য বাদামী রঙের দাগের উদ্ভব হয় এবং শেষ পর্যন্ত সেখানে দেখা দেয় শ্বেতবর্ণ ক্ষয়িষ্ণু ক্ষতাঙ্ক, কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি এবং আঁচিলের মতে ত্বকস্থূলতা। পরবর্তী কালে কারসিনোমা কিংবা বিরল ক্ষেত্রে কৃষ্ণার্বুদ ঘটিত পরিবর্তন থেকে অকালমৃত্যু ঘটে। রোগটি বেগনিপার রশ্মির প্রতি জন্মগত অতিসংবেদ্যতার ফল। চিকিৎসা—আলো পরিহার এবং

আরক টিস্যু কেটে বাদ দেওয়া।

§ 764. XII. **রঞ্জকায়িত আম্বাত** জন্মকালেই উপস্থিত থাকতে পারে অথবা দেখা দিতে পারে প্রথম শৈশবে বা পরবর্তী কালে। কোন কোন প্রাপ্তবয়স্কেরও এ-রোগ দেখা যায়। স্ফোটকগুলি সবই এক রকমের হওয়া সম্ভব, তবে সাধারণত হয় দাগ, পিড়কা এবং পর্বানুরূপী (nodular)। কখনো হয় একটি, কখনো কয়েকটি, কখনোবা অনেকগুলি। এগুলি ফিকে-বাদামী বর্ণ এবং অবধারিত না হলেও বৈশিষ্ট্য হিসাবে ঘর্ষণে চক্রাকার স্ফীতি ও চুলকানির উদ্ভব হয়। ফোস্কা হওয়াও সম্ভব। অতীতে রঞ্জকায়িত আম্বাতকে শুধু ত্বকে সীমাবদ্ধ এবং নিরীহ বলে মনে করা হত, কিন্তু অধুনা লসিকা গ্রন্থিতে, প্লীহায়, লিভারে এবং অস্থিমজ্জায় সার্বিক মাস্ট্-কোষ অনুপ্রবেশের বিবরণ পাওয়া গিয়েছে। সুতরাং মাস্ট্-কোষে জালিকার উদ্ভব হয়েছে কি না, এক্স্-রে পরীক্ষায় অস্থিপীড়ার কোন নিদর্শন পাওয়া যাচ্ছে কি না, অস্থিমজ্জার কোন পরিবর্তন ঘটেছে কি না এবং রক্ত তঞ্চনের ব্যাপারে কোন অস্বাভাবিকতার প্রমাণ পাওয়া যাচ্ছে কি না— প্রতিটি ক্ষেত্রে এসবের বিশদ অনুসন্ধান করা উচিত। তন্ত্রীয় বিকার না থাকলে পূর্বাভাস ভালই এবং প্রায়ই রোগটি আপনা থেকেই সেরে যায়।

§ 765. XIII. **ধারণোক্ষম রঞ্জকায়ন** (Incontinentia pigmentation) খুব কমই দেখা যায়। এই ধরনের রঞ্জকায়ন জন্মকালেই উপস্থিত থাকে অথবা জীবনের প্রথম সপ্তাহেই উদ্ভব হয়। দেহকাণ্ডে এবং প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গে উদ্ভট এবং অসম ধরনের বাদামী রঞ্জকায়ন দেখা দেয় এবং তার আগেই ফোস্কা অথবা আঁচিলের মত পিড়কার আবির্ভাব ঘটতে পারে। শেষ পর্যন্ত সেই রঞ্জকায়ন অবশ্য ফিকে হয়ে যায়। অন্যান্য উপাঙ্গেও এই জাতীয় জন্মগত ত্রুটি থাকতে পারে।

§ 766. XIV. **বিপাকক্রিয়া প্রসূত রঞ্জকায়নের** (ochronosis) বৈশিষ্ট্য হচ্ছে মধ্যবয়সে তরুণাস্থি, লিগামেণ্ট ও টেনডনগুলিতে পাঁশুটে বা কালো রং ধরা। প্রস্রাব বাতাসে উন্মুক্ত রাখলে কালো হয়ে যায় (§ 385)। বিরল এই জন্মগত বিপাক ক্রিয়ার ত্রুটিতে টাইরোসিন-এর অবক্ষয় হিমোজেনসিক অ্যাসিডের চেয়ে আর বেশি অগ্রসর হতে পারেনা।

(ii) ফিকে লাল, ও লালচে-বাদামী রঞ্জকায়নঃ

§ 767. XV. পারপিউরা ঃ

ত্বকে কিংবা শ্লেষ্মাঝিল্লীতে রক্ত ক্ষরণকে বলা হয় পারপিউরা। চাপ দিলে রং ফিকে হয়ে যায়না। অন্যান্য উপাঙ্গেও—যেমন সন্ধিতে কিংবা অক্ষিপটে রক্ত ক্ষরণ হতে পারে। প্রথমে হয় উজ্জল রক্তবর্ণ, পরে রক্ত-রঞ্জকগুলি ভেঙ্গে গেলে এবং গ্রাসক কোষগুলি তাদের অপসারণ করলে সেই রক্ত বর্ণ বেগনি-লাল থেকে লালচে-বাদামী রঙে পরিবর্তিত হয়। পারপিউরার দাগগুলি বেগনি ছোপ (petechiae) নামে পরিচিত, আর অনিয়মিত রক্ত ক্ষরণ জনিত বৃহৎ দাগগুলিকে বলা হয় কালশিরা (ecchymosis)।

কৈশিক জালিকার অখণ্ডতা যদি ব্যাহত হয় তবেই লোহিত কণিকাগুলি রক্তনালীর বাইরে বেরিয়ে আসতে পারে। কৈশিক জালিকা ব্যাধিগ্রস্ত হলে রক্ত-তঞ্চন-প্রক্রিয়ায় কোন ত্রুটি না থাকা সত্ত্বেও পারপিউরা হতে পারে ; আবার তঞ্চন-প্রক্রিয়ার ত্রুটি থাকলে সামান্য আঘাতেই পারপিউরার উদ্ভব হওয়া সম্ভব, যদিও সেই প্রক্রিয়াটি হয়তো ব্যাখ্যা করা যাবেনা। রক্ত তঞ্চনে গভীর কোন ত্রুটি থাকলেই যে পারপিউরার উদ্ভব হবে এমন কোন স্থিরতা নেই।

বিরল ব্যতিক্রম ছাড়া পারপিউরার লক্ষণ ও নিদর্শনগত বৈশিষ্ট্যগুলি এমন কিছু সুস্পষ্ট নয় যাতে তার উৎপত্তির কারণ নির্ণয় করা যায়। কাজেই পারপিউরা এমন একটি সঙ্কট যাতে লক্ষণ ও নিদর্শনগত বিশদ পরীক্ষার সঙ্গে সঙ্গে লোহিত ও শ্বেত কণিকার গণনা, প্লেটলেট গণনা, রক্ত ক্ষরণের ও তঞ্চনের সময়সীমা নির্ধারণ, তঞ্চিত রক্তপিণ্ডের প্রত্যাকর্ষণ (clot retraction) এবং কৈশিক জালিকার প্রতিরোধ শক্তি নির্ণয় ইত্যাদি পরীক্ষাগুলি করা দরকার।

এই পরীক্ষার জন্যে স্ফিগ্‌মোম্যানোমিটার-এর বাহুবন্ধনীটি বাহুতে জড়ানোর পর সেটি ফুলিয়ে শিথিলতা ও সঙ্কোচনের মধ্য পর্যায়ে রাখা হয় ; পাঁচ মিনিট পরে বন্ধনীটি খুলে ফেলা হয়। যদি দেখা যায় বন্ধনীর নিচে বাহুতে একাধিক বেগ্‌নি পিড়কার দাগ প্রকাশ পেয়েছে, পরীক্ষাটি অস্তিবাচক।

শ্রেণী বিন্যাস ঃ

A. কৈশিক জালিকার ত্রুটি জনিত পারপিউরা (প্লেটলেটের

সংখ্যা সাধারণত স্বাভাবিক) :

1. জরা জনিত পারপিউরা হয় 60 বছর বয়সের পর, হাতের ও পুরোবাহুর পিছনে এবং নিচের পায়ে। বেগনি ছোপগুলি সাধারণত বৃহদাকার, সঙ্গে থাকে ক্ষয়িষ্ণু চেহারা ও বার্ধক্যের অসম রঞ্জকায়ন। এগুলির কারণ সংযোজক কলার অবক্ষয়ী পরিবর্তন জনিত কৈশিক জালিকার দেয়াল দুর্বল হয়ে যাওয়া।

2. ভৌত পারপিউরার উদ্ভব কৈশিক জালিকার আভ্যন্তরীণ চাপ বৃদ্ধির কারণে। শিরার মধ্যে দীর্ঘস্থায়ী অবরোধ ঘটলে, প্রবল আক্ষেপের পর, অথবা কোন প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গ সঙ্কুচিত হলে এই ধরনের চাপ বৃদ্ধি পায়।

3. স্কার্ভি: নিতম্বে ও জঙ্ঘার গুলে ত্বকের কোষথলিতে শৃঙ্গবাহুল্য ঘটার আগে, বিশেষ করে পায়ে, কোষথলির চতুর্দিকে বেগনি ছোপের উদ্ভব হয়। এক্ষেত্রে পারপিউরার কারণ কোষগুলির অন্তর্বর্তী জমিনে ত্রুটির জন্যে কৈশিক জালিকার দেয়াল দুর্বল হওয়া (§ 560)।

4. প্রোটিন অতি-সংবেদ্যতা (Schonlein-Henoch Syndrome) জনিত পারপিউরা সাধারণত হয় শিশু ও তরুণ-তরুণীদের। নিতম্বে, উরুতে, নিচের পায়ে এবং বাহুর বহির্বিস্তারী অংশে বেগনি রঙের ছোপ দেখা দেয়। প্রায়ই এর আগে ছোট ছোট চক্রাকার শোথের (হুইল) আবির্ভাব ঘটে। সামান্য জ্বরও হতে পারে। শুধুই ত্বকের ছোপ দেখা দিতে পারে অথবা সঙ্গে অন্ত্রের কলিক, সন্ধিতে ব্যথা এবং অন্যান্য আভ্যন্তরীণ লক্ষণও থাকতে পারে।

বিস্ফোরক পারপিউরা বিরল, কিন্তু সাধারণত প্রাণঘাতী। এটি হচ্ছে অতিসংবেদ্যতা জনিত পারপিউরার দুরন্ত রূপ যাতে তীব্র স্ট্রেপটোকক্কাস সংক্রমণের পর ব্যাপক পচন শুরু হয়ে যায়।

5. লক্ষণ ভিত্তিক পারপিউরার উদ্ভব হয় তীব্র সংক্রমণের সময় কৈশিক জালিকার অন্তর্ঝিল্লীতে (endothelium) বিষক্রিয়ার জন্যে, অথবা সংবেদকরণ কিংবা প্লেটলেটের সংখ্যা হ্রাসের কারণে। তীব্র নির্দিষ্ট ধরনের জ্বরের উপসর্গ হিসাবে এবং বীজাণু দ্বারা দুরন্ত সর্বাঙ্গীণ রক্তদূষণে পারপিউরার উদ্ভব হতে পারে ; রক্তে মেনিনগোকক্কাসের উপস্থিতির এটি একটি বৈশিষ্ট্য। বীজাণু প্রসূত অনতিতীব্র হৃৎ-অন্তরপ্রদাহে যে পারপিউরা দেখা যায় তার কারণ ধমনীর মধ্যে বীজাণু দ্বারা অবরোধ সৃষ্টি। অজ্ঞাত

কারণ প্রসূত পারপিউরা সাধারণত দেখা যায় কিডনী-প্রদাহে এবং গেঁটে বাতে। ওষুধ জাত পারপিউরা হচ্ছে কোন অ্যালার্জি-প্রক্রিয়া দ্বারা কৈশিক জালিকাদের অন্তর্ঝিল্লী অথবা প্লেটলেটগুলি ক্ষতিগ্রস্ত হওয়ার ফল। কিছু কিছু ওষুধে উভয় প্রকৃতির পারপিউরা হতে পারে। কারব্রোমেলাম, সিনকোফেন, বিভিন্ন স্বর্ণ ঘটিত লবণ, কুইনিডিন, কুইনিন, সালফোনামাইড ইত্যাদি ওষুধ প্রয়োগে যে পারপিউরার উদ্ভব হয় তাতে প্লেটলেটের সংখ্যা হ্রাস পায়না। রক্তিম লুপাস তীব্র পর্যায়ে রক্তস্রাবী হতে পারে যার কারণ রক্তনালীগুলির ক্ষতিসাধন; অবশ্য সঙ্গে প্লেটলেটের সংখ্যাহ্রাসও ঘটতে পারে। একাধিক রক্তনালীর গুটিযুক্ত প্রদাহেও পারপিউরা হতে পারে।

B. পারপিউরার সঙ্গে প্লেটলেটের সংখ্যাহ্রাস ও গুণগত ঘাটতি (কৈশিক জালিকার বিশেষ কোন ত্রুটি থাকেনা)। § 541 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

1. প্লে ট লে টে র মৌ লি ক ঘা ট তি: এই বিরল ব্যাধির দীর্ঘস্থায়ী রূপের বৈশিষ্ট্য হচ্ছে ক্রমানুসারী সূচনা এবং মাসের পর মাস, বছরের পর বছর ধরে লক্ষণগুলির নিরবচ্ছিন্নতা অথবা সম্পূর্ণ নিরসন। পারপিউরার উদ্ভব হয় (বিশেষ করে পায়ে) শুধু রোগ যখন বৃদ্ধি পায় তখন; অন্য সময় সহজেই কালশিরা পড়ে, অন্ত্রে রক্ত ক্ষরণ হয় এবং ঋতুস্রাব অনিয়মিত, কখনো বা দীর্ঘস্থায়ী। পায়ে দীর্ঘস্থায়ী ক্ষত হতে পারে। করানুভূতিতে শতকরা 10 জনের প্লীহা অনুভব করা যায়। আক্রমণের সময় প্লেটলেটের সংখ্যা কম থাকে। উপশমকালে শুধু কৈশিক জালিকার প্রতিরোধ শক্তি অস্বাভাবিক হতে পারে। এ-ব্যাধির তী ব্র রূ প টি আরও বিরল। সূচনা আকস্মিক, সঙ্গে জ্বর থাকে; ব্যাপক পারপিউরা এবং শ্লেষ্মাঝিল্লী থেকে রক্ত ক্ষরণ হতে থাকে। কয়েক ঘণ্টার মধ্যে প্রচুর রক্তক্ষয় হতে পারে। কৈশিক জালিকার ভঙ্গুরতা প্রচণ্ড বৃদ্ধি পায় এবং প্লেটলেটের সংখ্যা খুবই কমে যায়; এমনকি প্রতি কিউবিক মিমিতে 10·000 পর্যন্ত হতে পারে। উভয় প্রকৃতিতেই আক্রান্ত হয় শিশু ও তরুণ-তরুণীরা (শতকরা 80টি ক্ষেত্রে রোগীদের বয়স 25-এর নীচে)। উৎপত্তির কারণ এখনো প্রমাণিত হয়নি, তবে সম্ভবত অনাক্রম্যতা ঘটিত কোন প্রক্রিয়া এর জন্যে দায়ী। রক্তক্ষয় সফলভাবে নিয়ন্ত্রণ করতে পারলে কিংবা রক্ত পুনঃস্থাপন করল পূর্বাভাস ভালই। চি কি ৎ সা: রক্তদান করার প্রয়োজন হতে পারে। যেখানে

পারিবারিক প্রবণতা আছে সেগুলি ছাড়া অন্যান্য ক্ষেত্রে প্লীহা কেটে বাদ দিলে যুক্তিসঙ্গত ফল পাওয়া যায়। কর্টিসোন এবং এসিটিএইচ (ACTH) প্রয়োগে তীব্র আক্রমণ নিয়ন্ত্রিত হতে পারে।

2. ল ক্ষ ণ হি সা বে প্লেটলেট-এর ঘাটতি হয় নিম্নোক্ত ক্ষেত্রে: (a) অস্থিমজ্জার ত্রুটি—যেমন রক্ত কণিকার নিরুৎপাদন জনিত অ্যানিমিয়া (aplastic), লিউকিমিয়া, কখনো কখনো পারনিশাস অ্যানিমিয়ায় এবং রশ্মি-চিকিৎসার পর; (b) প্লীহার আয়তন বৃদ্ধি—যেমন হজকিন বর্ণিত ব্যাধিতে প্লীহা বড় হয়ে যখন প্রচুর সংখ্যক প্লেটলেট ধ্বংস করে; (c) বিভিন্ন ওষুধের প্রতিক্রিয়া জনিত অতিসংবেদ্যতা—যেমন আর্সেনিক ঘটিত যৌগ, ফিনিলবুটাজোন, প্রোকেন, কুইনিডিন, কুইনিন, সেডোমিড, সালফোনামাইড, থায়োউরাসিল ইত্যাদি; (d) কোন কোন সংক্রামক ব্যাধিতে প্লেটলেটধ্বংসী পারপিউরা হতে পারে।

C. **পারপিউরার সঙ্গে ত্রুটিপূর্ণ রক্ত-তঞ্চন** (প্লেটলেটের অস্বাভাবিকতা ছাড়া): পারপিউরার সঙ্গে হিমোফিলিয়া, প্রোথ্রম্বিনের সময়সীমা কমে যাওয়া, ফাইব্রিনোজেন হ্রাস পাওয়া এবং রক্তরসে রক্ত তঞ্চনের উপাদানগুলির ঘাটতি বা অস্বাভাবিকতা খুব কমই উপস্থিত থাকে; তবে ত্বকের নিচে রক্ত ক্ষরণ হতে পারে, কালশিরাও পড়তে পারে। এই ধরনের ঘটনা ঘটে বিশেষ করে লিভারের ব্যাধিতে।

§ 768. XVI. **হিমোসিডারোসিস**[1] (রঞ্জকান্বিত পারপিউরার স্ফোটক):

মোটামুটি সাধারণ এই বিশৃঙ্খলার বৈশিষ্ট্য হচ্ছে স্থানীয়ভাবে কিংবা ব্যাপক এলাকায় লালচে-বাদামী বিযুক্ত বিন্দু গঠিত হিমোসিডারিনের রঞ্জকায়ন। ছোপগুলির নিচে থাকে ব্যাধিগ্রস্ত কৈশিক জালিকা যারা ব্যাধিগ্রস্ত হলেও উগ্র ধরনের পারপিউরা সৃষ্টি করতে পারেনা। শিরাতে রক্ত প্রবাহের ঘাটতিতে পায়ের নিচের তৃতীয়াংশে আকর্ষী হিমোসিডারিনের দ্বারা রঞ্জকায়ন একটি সাধারণ ঘটনা। প্রায়ই সঙ্গে থাকে মেলানিন ঘটিত রঞ্জকায়ন। শ্যামবার্গ (Schamberg) বর্ণিত ব্যাধিও পায়ে শুরু হতে পারে, কিন্তু রোগটি শিরা সংক্রান্ত নয়। তার চেয়ে বেশি দেখা যায় পুরুষদের

1. হিমোসিডারিন—টিস্যুতে অবস্থিত এক ধরনের অদ্রবণীয় লৌহ

গায়ে ব্যাপক এলাকায় লালচে-বাদামী রঞ্জকায়নের অসম সব চাপড়া, যেগুলি বহু বছর স্থায়ী হতে পারে। এক্ষেত্রে কৈশিক জালিকার ভঙ্গুরতা বৃদ্ধি পায়, কিন্তু রক্তের কোন অস্বাভাবিকতা থাকেনা। এর কারণ অজ্ঞাত। কৈশিক জালিকার বলয়াকার স্ফীতিযুক্ত পারপিউরাতে বিন্দু-বিন্দু পারপিউরার স্থানীয় চাপড়াগুলি ধীরে ধীরে কেন্দ্রাতিগভাবে সম্প্রসারিত হয় এবং কেন্দ্রটি হয় ক্ষয়িষ্ণু। চাপড়াগুলি সাধারণত দেখা দেয় নিচের পায়ে, পায়ের পাতায় কিংবা বাহুতে, এবং কয়েক মাস পরে পরিষ্কার হয়ে যায়।

রঞ্জকায়িত পারপিউরা বিশিষ্ট লিকেনের মত চর্ম-প্রদাহ সাধারণত হয় পায়ে; বাহুতে এবং দেহকাণ্ডেও হতে পারে। এগুলি হল জোটবদ্ধ সমতলীয় ফিকে-লাল পিড়কা যা পারপিউরা এবং স্ফীত কৈশিক জালিকার রূপ নিতে পারে।

রোগ নির্ণয়ঃ কিছু কিছু ওষুধ, বিশেষ করে ইউরিআইড[1] সেবনে যে-ধরনের পারপিউরা হয় সেগুলি বিন্দুরূপী হওয়া সম্ভব। পরিধেয়, বিশেষত সামরিক পোষাক থেকে পারপিউরা সহ চর্ম-প্রদাহ হতে পারে। বিন্দু এবং রেখারূপী পারপিউরার সঙ্গে থাকে ছোট ছোট পিড়কা ও রক্তিমা; দেহের যে-সব এলাকা পরিধেয়ের সংস্পর্শে থাকে এগুলি সাধারণত সেখানেই সীমাবদ্ধ।

§ 769. XVII. **কৈশিক জালিকা-স্ফীতি** (Telanjiectasis) হচ্ছে ত্বকের কিংবা শ্লেষ্মাঝিল্লীর ছোট ছোট রক্তনালিকার স্থায়ী প্রসারণ। যাঁরা খুব বেশি সূর্যস্নাত অবস্থায় দিনাতিপাত করেন তাদের চিবুকে এই ধরনের প্রসারণ প্রায়ই দেখা যায়। রোজেসিয়া, রক্তিমাভ লুপাস, ত্বক ও পেশীর প্রদাহ এবং বিকিরণ প্রসূত প্রদাহের এটি একটি বিশেষত্ব। তন্ত্রীয় ত্বক-কাঠিন্যের শেষের দিকে মুখের ত্বকে কৈশিক জালিকার প্রসারণ হতে পারে। জন্মগত ত্বক-ক্ষয়িষ্ণুতার (§ 752) সবচেয়ে লক্ষণীয় বৈশিষ্ট্য এটি।

অল্পবয়সীদের দুই অংসফলকের (scapula) মাঝখানে মাঝে মাঝে ত্বকে যে কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি দেখা যায় তার বিশেষ কোন তাৎপর্য নেই।

1. Ureides

এই স্ফীতি বিশেষ করে হাঁপানি ও ব্রঙ্কাইটিসে আক্রান্তদের দেহকাণ্ডকে মধ্যচ্ছদা বরাবর ঘিরে থাকতে পারে। তরুণী মেয়েদের উরুতে শাখান্বিত ও রেখান্বিত কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি এবং বয়স্কা মহিলাদের নিচের পায়ে একই ধরনের শাখান্বিত স্ফীতি সব সময় শিরা সংবহনের অক্ষমতার সঙ্গে সংশ্লিষ্ট নয়।

উর্ণনাভরূপী জড়ুল: গৌরবর্ণা শিশু ও মহিলাদের মুখে ও দেহকাণ্ডের ঊর্ধ্বভাগে এই ধরনের জড়ুল প্রায়ই দেখা যায়। কেন্দ্রীয় একটি বিন্দু থেকে মাকড়সার পায়ের মত প্রসারিত ছোট ছোট রক্তনালিকা চারিদিকে ছড়িয়ে পড়ে। ছোটখাট আঘাতের পরেও এরকম ঘটতে পারে; হতে পারে গর্ভাবস্থায় এবং লিভারের সিরোসিসেও। চিকিৎসা: কোন বিদাহকের (cautery) অগ্রভাগ দিয়ে মূল রক্তনালীটি অবরুদ্ধ করে দেওয়া যায়।

বংশানুক্রমিক রক্তস্রাবী কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি (Osler Rendu Syndrome) একটি বিরল বিশৃঙ্খলা যাতে ত্বকে ও শ্লেষ্মাঝিল্লীতে অসংখ্য কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি লক্ষ্য করা যায়। ঠোঁটে ও জিবে এদের উপস্থিতি রোগ নির্ণয়ের সহায়ক। এগুলি প্রধানত হয় বয়ঃসন্ধির পর, তবে শৈশবে কিংবা মধ্যবয়সেও শুরু হতে পারে। সবচেয়ে সাধারণ লক্ষণ হল নাক দিয়ে রক্তক্ষরণ, পরে পাকস্থলী ও অন্ত্র থেকেও বারবার ক্ষরণ হতে পারে। নর নারী নির্বিশেষে এই উপব্যাধিতে আক্রান্ত হন এবং রোগটি বংশানুক্রমিক চরিত্র নিয়ে থাকে।

§ 770. XVIII. **কৈশিক-জালিকার জড়ুল:** রক্তনালিকা গঠিত এই সাধারণ জড়ুল জন্মকালেই উপস্থিত থাকে। ফিকে-লাল থেকে বেগনি-লাল —যে-কোন রঙের এই জড়ুল আকারে চতুষ্কোণ, কয়েক সেন্টিমিটার থেকে ত্বকের অর্ধেক অথবা তারও বেশি এলাকা জুড়ে থাকে। জড়ুলটি সমতলীয় অথবা অতি সামান্য উঁচু। জন্মকালে ললাটে এবং উপরের অক্ষি-পল্লবের উপর কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি সদৃশ যে জড়ুল দেখা যায়, প্রথম সপ্তাহেই তা ফিকে হয়ে আসে, বাকিটুকু আপনা থেকে সেরে যাওয়ার কোন প্রবণতা দেখা যায়না। গভীরতর রঙের জড়ুলগুলি (পোর্ট-সুরার মত) চেহারাকে অত্যন্ত বিকৃত করে দেয়। চিকিৎসা: উল্কি আঁকা কিংবা পুনর্গঠন-

অস্ত্রচিকিৎসায় কাজ হতে পারে। থোরিয়াম-X (প্রতি মিলিলিটারে 2000 esu) দিয়ে প্রলেপ লাগালে জড়ুলটির রং কিছুটা ফিকে হতে পারে ; তবে সবচেয়ে ভাল চিকিৎসা হল ত্বকভ্রংশ করে দেওয়া (abrasion)।

স্টারজে-ওয়েবার বর্ণিত উপব্যাধি (Sturge-Weber) : একদিকের ট্রাইজেমিন্যালের গতিপথে পোর্ট-সুরা রঙের জড়ুলের সঙ্গে মেনিনজেসে রক্তনালী গঠিত টিউমারের উদ্ভব হয়ে নানান উপসর্গ দেখা দিতে পারে—যেমন মৃগীরোগ, অর্ধাঙ্গে উপ-পক্ষাঘাত, মানসিক পশ্চাৎপদতা ইত্যাদি ; আবার পক্ষ্মপিণ্ড (ciliary body) আক্রান্ত হয়ে গ্লকোমা হওয়াও সম্ভব।

ক্লিপেল—ট্রেনাউনে-ওয়েবার (Klippel-Trenaunay-Weber) বর্ণিত উপব্যাধি : হাতে কিংবা পায়ে ব্যাপকভাবে উদ্ভূত রক্তনালী গঠিত টিউমারের সঙ্গে দেখা দেয় অস্থি এবং কোমল টিস্যুর অতিবৃদ্ধি।

§ 771. XIX. **সর্পিল রক্তনালী গঠিত টিউমার** হচ্ছে জড়ুল সদৃশ বিরল একটি বিশৃঙ্খলা। যে-কোন হাতে কিংবা পায়ে বিন্দু-বিন্দু কৈশিক-জালিকা-স্ফীতি কয়েক বছর ধরে ক্রমে ক্রমে সম্প্রসারিত হয় ; সম্প্রসারণ ঘটে সীমান্তে নতুন বিন্দুর উদ্ভব এবং সেগুলি জোটবদ্ধ হওয়া মারফৎ।

(iii) হলুদ অথবা পিঙ্গল রঞ্জকায়ন

§ 772. XX. **রক্তে ক্যারটিনাধিক্য** ঘটে অত্যধিক পরিমাণে ক্যারটিন সমৃদ্ধ খাদ্য, বিশেষ করে গাজর এবং অন্যান্য কিছু-কিছু সবজি খাওয়ার জন্যে। মিক্স্‌ঈডিমা, ডায়াবিটিস মেলিটাস এবং কোন কোন লিভারের অসুখেও এই অবস্থা ঘটতে পারে। ক্যারটিন ত্বকের শৃঙ্গস্তরকে রঞ্জিত করে বলে পীতাভ রঞ্জকায়ন সবচেয়ে বেশি হয় করতলে ও পদতলে। চোখের শ্বেত-পটল (sclera) রঞ্জিত হয়না এবং ভ্যান-ডেন-বার্গ উদ্ভাবিত পরীক্ষার ফল হয় নাস্তিবাচক (জণ্ডিসের সঙ্গে পার্থক্য নির্ণয়ে সহায়ক)।

গ্রুপ X. স্বেদ ক্ষরণে বিশৃঙ্খলা

§ 773. **নিরুদন** বা স্বেদহীনতা সর্বাঙ্গীণ অথবা কোন এক জায়গায় সীমাবদ্ধ হতে পারে এবং তার কারণ হতে পারে স্বেদ সৃষ্টি না হওয়া কিংবা স্বেদ-ক্ষরণনালীতে অবরোধ। বহিস্তকের জন্মগত ত্রুটিপূর্ণ গঠনে স্বেদগ্রন্থি

অনুপস্থিত থাকতে পারে। বিকিরণ ঘটিত চর্ম-প্রদাহে, প্রান্তীয় প্রত্যঙ্গের ক্ষয়িষ্ণু চর্ম-প্রদাহে, চর্মকাঠিন্যে এবং অন্যান্য অবক্ষয়ী বা কাঠিন্য বিশিষ্ট বিশৃঙ্খলায় স্বেদগ্রন্থিগুলি ক্ষয়িষ্ণু অথবা ধ্বংস হয়ে যায়। মিক্স্‌ঈডিমা ও অ্যাডিসন বর্ণিত ব্যাধিতে এবং অ্যাট্রোপিনের মত কোলিন-নিঃসরণ-বিরোধী ওষুধ সেবনে সর্বাঙ্গে স্বেদ ক্ষরণ কমে যায় কিংবা বন্ধ হয়ে যায়।

বহিস্তকের জন্মগত ত্রুটিপূর্ণ গঠন একটি বিরল বংশানুক্রমিক অস্বাভাবিকতা। ত্বক শুকনো, পাতলা ও মসৃণ হয়ে যায়। লোম খুব কম কিংবা অনুপস্থিত, নখগুলি অবর্ধিত এবং দাঁত ত্রুটিপূর্ণ। অবদমিত নাসা-প্রাচীরটি দেখে মনে পড়ে যায় জন্মগত সিফিলিস প্রসূত সেই অবস্থার কথা যাতে স্বেদগ্রন্থি অনুপস্থিত থাকে এবং ফলে সৃষ্টি হয় তাপ-অসহিষ্ণুতা এবং তা থেকে সর্দিগর্মি অথবা অজ্ঞাত কারণ প্রসূত গ্রীষ্মকালীন জ্বর।

স্থা নী য় নি রু দ ন হতে পারে মস্তিষ্ক-কাণ্ডে (brain stem) অথবা সুষুম্নারজ্জুতে কোন ব্যাধি প্রক্রিয়ার জন্যে অথবা প্রান্তীয় সিমপ্যাথেটিক তন্তুগুলি আক্রান্ত হলে। সবচেয়ে বেশি নিরুদন হয় প্রদাহপীড়িত স্বেদ-ক্ষরণনালীগুলি অবরুদ্ধ হওয়ার কারণে।

§ 774. **অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণ ঃ** সর্বাঙ্গে অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণ উষ্ণ আবহাওয়া ও দৈহিক শ্রমের শারীরবৃত্তিক প্রতিক্রিয়া। বহু তীব্র জ্বর বিরামের সময় এই লক্ষণটি দেখা যায়। সক্রিয় টিউবারকুলোসিস এবং তীব্র বাত ব্যাধির এটি একটি বৈশিষ্ট্য। থাইরয়েডের অতি-বৃদ্ধিতে এটি একটি সাধারণ লক্ষণ ; গর্ভাবস্থায় এবং ঋতুনিবৃত্তিতেও ঘটতে পারে। কিছু কিছু বিষক্রিয়ায়—যেমন অ্যালকহল ঘঠিত তীব্র বিষক্রিয়ায় প্রায়ই এই লক্ষণটি দেখা যায়। স্থানীয়ভাবে অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণ সবচেয়ে বেশি হয় করতলে ও পদতলে, কুক্ষিদেশে ও কুঁচকিতে। এইসব এলাকায় স্বেদ ক্ষরণ স্বাভাবিক আবেগের প্রতিক্রিয়া ; কাজেই সামাজিক ও পেশাগতভাবে প্রতিবন্ধক ঘটলে তবেই অবস্থাটিকে বিকারতাত্ত্বিক বলে গণ্য করা যেতে পারে। কোন কোন্ ক্ষেত্রে শৈশব থেকেই অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণ উপস্থিত থাকতে পারে যা বংশানু-ক্রমিক হওয়া সম্ভব ; তবে সাধারণত শুরু হয় বয়ঃসন্ধির পর। সংশ্লিষ্ট এলাকা সব সময়ই আর্দ্র থাকে এবং উত্তেজনায় ও উদ্বেগে প্রচুর স্বেদ ক্ষরণ হয় ; আবহাওয়ার উষ্ণতা বৃদ্ধি পেলে সংবেদন-সীমা আরও কমে যায়। প্রচুর মশলাযুক্ত খাদ্য গ্রহণে মুখমণ্ডল প্রচণ্ড ঘর্মাক্ত হয়ে পড়ে। কোন কোন

স্বাভাবিক মানুষের পক্ষে এটি কোন স্নায়বিক ব্যাধির লক্ষণ হতে পারে যার বহিঃপ্রকাশ নানা উদ্ভট প্রকৃতির হওয়া সম্ভব। ব্রোমাইড-এর বিষক্রিয়ায় ঘর্মমেদ ও কেরাটিন বীজাণু দ্বারা বিয়োজিত হওয়ার কারণে ঘাম হয় দুর্গন্ধযুক্ত।

রঙিন স্বেদ ক্ষরণে ঘামের রং হয় সাধারণত কালো, বাদামী অথবা পাঁশুটে, যার কারণ ক্ষরণ-গ্রন্থিগুলি প্রস্তুত রঞ্জক। ক্ষরণের পর বীজাণু ও ছত্রাকগুলি স্বেদকে বিবর্ণ করে ফেলে। কুক্ষিকেশে ছত্রাক সংক্রমণে কেশের উপর ছোট ছোট শক্ত দানার উদ্ভব হয় এবং ঘামে পরিধেয়ের রং হয় লালচে বা পীতাভ।

চিকিৎসা: স্থানীয়ভাবে অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণের চিকিৎসা বেশ দুরূহ। এক্ষেত্রে আবেগের ভূমিকা খুবই গুরুত্বপূর্ণ, তাই ফিনোবারবিটোন (30 মিলিগ্রাম দিনে দুবার) কিংবা প্রশান্তকারী অন্য কোন ওষুধ দেওয়া দরকার। প্রচণ্ড উদ্বেগবিহ্বল অবস্থায় মনোবিদের পরামর্শ নেওয়া উচিত। কার্যকর মাত্রা প্রয়োগে আনুষঙ্গিক অপ্রীতিকর প্রতিক্রিয়া না হলে কোলিন-নিঃসারী ওষুধেও সুফল পাওয়া যায়। টিঞ্চার বেলেডোনা 5 মিনিম, বেলেডোন্যাল একটি বড়ি কিংবা প্রোবানটিন ব্রোমাইড 15 মিলিগ্রাম দিনে 3 বার ব্যবহার করে দেখা যেতে পারে। ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি পালন, উপযুক্ত পরিধেয়, জুতা ইত্যাদির দিকে নজর দেওয়া প্রয়োজন। পায়ের তলায় অত্যধিক স্থানীয় স্বেদ ক্ষরণে অ্যালুমিনিয়াম ক্লোরাইড-এর (শতকরা 25 ভাগ) প্রলেপ লাগালে এবং ট্যালকমের সঙ্গে শতকরা 3 ভাগ স্যালিসিলিক অ্যাসিড মিশিয়ে ছড়িয়ে দিলে সাময়িক উপকার পাওয়া যায়। সপ্তাহে দু-তিনবার শতকরা 20 ভাগ ফরম্যালিনের প্রলেপ তুলনায় বেশি কার্যকর, কিন্তু উপদহন হতে পারে। কুক্ষিদেশে অত্যধিক স্বেদ ক্ষরণে একটি উপকারী প্রলেপ হল শতকরা 15 ভাগ অ্যালুমিনিয়াম ক্লোরাইড ও শতকরা 5 ভাগ গ্লিসারিনের সঙ্গে সম পরিমাণ জল ও স্পিরিটের মিশ্রণ।

গ্রুপ XI. করোটি-চর্ম ও কেশের ব্যাধি

I. কেশহীনতা (টাক পড়া) (§ 775)

V. বলয়ক্রিমি সংক্রমণ (দাদ) (§ 779)

II.	করোটি-চর্মের উপদহন (§ 776)	VI.	জন্মগত অস্বাভাবিকতা (§ 780)
III.	করোটি-চর্মে শল্কবাহুল্য (§ 777)	VII.	কেশ রঞ্জকায়ন ও কুঞ্চন (§ 781)
IV.	পাংশু বা শুভ্র কেশ (§ 778)	VIII.	কেশের অতিবৃদ্ধি (§ 782)

§ 775. I. **কেশহীনতা :** রোগী যখন মাথায় টাক পড়ার অভিযোগ করেন, অনুসন্ধান করে দেখা দরকার যে সারা মাথা জুড়ে চুল উঠে যাচ্ছে, নাকি চতুর্দিক বেষ্টিত চাপড়া হিসাবে কেশহীনতা ঘটছে। সঙ্গে সঙ্গে এও জানা দরকার যে করোটি-চর্মের ঐ আক্রান্ত এলাকার চেহারা স্বাভাবিক না ক্ষতচিহ্নের মত। ক্ষতাঙ্ক বা ক্ষতচিহ্নের মত করোটি-চর্ম হয় মসৃণ ও শ্বেতবর্ণ এবং কোষথলির ছিদ্রগুলি দেখা যায়না।

ক্ষ ত চি হ্ন বি হী ন কে শ হী ন তা

ছড়িয়ে পড়া ধরনের টাক পড়া :

(i) সাধারণ কেশহীনতা

(ii) অন্তঃক্ষরী ব্যাধিতে চুল উঠে যাওয়া

(iii) জ্বর ও প্রসবোত্তর কালে চুল উঠে যাওয়া

(iv) জন্মগত কেশহীনতা

চাপড়া হিসাবে টাক পড়া :

(v) স্থানিক কেশহীনতা

(vi) আঘাত জনিত কেশহীনতা

(vii) বলয়কীট সংক্রমণ (দাদ) জনিত কেশহীনতা

(i) **সাধারণ টাক পড়া :** পুরুষদের মধ্যে যে-ধরনের টাক পড়া সবচেয়ে বেশি দেখা যায় তাতে দুদিকেই রগে ও করোটির সামনে চুলের সীমানাটি পিছন দিকে সরে যায়। এর পর চুল উঠতে থাকে শিরশীর্ষ থেকে। বয়স হিসাবে বয়ঃসন্ধির পর যে-কোন সময় থেকে টাক পড়া শুরু হতে পারে, আর কত তাড়াতাড়ি চুল উঠবে এবং শেষ পর্যন্ত তার ধরনটি কি হবে সেটা নির্ভর করে প্রধানত বংশগতির উপর। এ-ব্যাপারে পুং-বৈশিষ্ট্যের উদ্দীপনার সুনিশ্চিত ভূমিকা থাকে এবং বয়ঃসন্ধির আগে কিংবা

শুক্রাশয়হীনদের কখনো পুরুষসুলভ টাক পড়েনা। ঋতুনিবৃত্তির পর, কখনোবা তার আগেই মহিলাদের সারা মাথা জুড়ে চুল পাতলা হয়ে আসে ; আবার বিরল ক্ষেত্রে পুরুষসুলভ ধরনটিও দেখা দিতে পারে। পুরুষদের মত মহিলাদের ক্ষেত্রেও বংশানুক্রমিক ধারাটিই সবচেয়ে বেশি গুরুত্বপূর্ণ, তবে তুলনামূলকভাবে পুং-বৈশিষ্ট্যের আধিক্য কিছু ভূমিকা নিতে পারে। ঘর্মমেদ সংক্রান্ত রোগের সঙ্গে প্রায়ই দেখা যায় সাধারণ টাক পড়া, কিন্তু ঘর্মমেদ তার কারণ নয়।

চি কি ৎ সা অসন্তোষজনক। রোগীকে বুঝিয়ে তাঁর টাক পড়া ব্যাপারটিকে দার্শনিক দৃষ্টিতে গ্রহণ করতে উদ্বুদ্ধ করা উচিত। টাক পড়ার যে শত শত প্রতিবিধানের কথা শোনা যায় তার কোনটিই প্রামাণ্য নয়।

(ii) **অন্তঃক্ষরী গ্রন্থির ব্যাধিতে কেশহীনতা** : কাশিং বর্ণিত ব্যাধিতে এবং সুপ্রারেনাল ও ওভারীর পৌরুষময় বৈশিষ্ট্যে মহিলাদের মাথায় টাক পড়ে পুরুষদের ধাঁচে। অ্যাক্রোমেগালীতে চুল হয় কর্কশ এবং টাক পড়তে পারে চাপড়া হিসাবে। প্যারাথাইরয়েডের ক্রিয়াকলাপ হ্রাস পেলে চুলগুলি বিবর্ণ ও ভঙ্গুর হয়ে যায়, পাতলা হয়ে মাঝে মাঝে ঝরে যেতেও পারে। থাইরয়েডের অতি-সক্রিয়তায় স্থানিক কেশহীনতা ঘটা সম্ভব, যদিও সাধারণভাবে কেশের প্রাচুর্য ঘটে, অসময়ে চুল পেকে যায়। অপরদিকে থাইরয়েডের ক্রিয়াকলাপ হ্রাস পেলে চুল হয় শুকনো, বিবর্ণ এবং পাতলা।

(iii) জ্বর এবং প্রসবের 8-10 সপ্তাহ পরে চুল উঠে যেতে পারে। তবে চিকিৎসা না করলেও নতুন চুল গজায়।

(iv) জন্মগত কেশহীনতা হতে পারে এককভাবে কিংবা নখ ও দাঁতের অস্বাভাবিকতার সঙ্গে।

চা প ড়া হি সা বে কে শ হী ন তা

(v) **স্থানিক কেশহীনতা** (areata) চাপড়া হিসাবে টাক পড়ার সবচেয়ে সাধারণ কারণ। যে-কোন বয়সের পুরুষ অথবা নারী আক্রান্ত হতে পারেন, বৃদ্ধদের ক্ষেত্রে কমই দেখা যায়। সাধারণত শিরশীর্ষে কিংবা সম্মুখ-করোটিতে দ্রুত একটি গোলাকার বা ডিম্বাকার সম্পূর্ণ কেশহীন চাপড়ার আবির্ভাব ঘটে। অনুভূত লক্ষণ কিছু থাকেনা এবং টাক পড়া এলাকায় ত্বকের রং ও গঠন স্বাভাবিক। এই মূল (টাক পড়া) চাপড়াটি ধীরে ধীরে

সম্প্রসারিত হতে থাকে এবং তার সীমান্তে দেখা দিতে পারে বিস্ময়-চিহ্ন সদৃশ (!) কেশ। এরকম কেশহীন চাপড়া একটি বা একাধিক হতে পারে। কোন কোন ক্ষেত্রে সমগ্র করোটি-চর্মের কিংবা সারা দেহের সমস্ত চুল পড়ে যেতে পারে। শুধুই শ্মশ্রুতে কিংবা মাথার সঙ্গে শ্মশ্রুতে এই ধরনের কেশহীন চাপড়ার উদ্ভব হওয়া সম্ভব। কখনো কখনো নখে আল কিংবা গর্ত সৃষ্টি হয়। পটি হিসাবে একধরনের স্থানিক কেশহীনতা দেখা যায় কপালে কেশরেখা বরাবর।

রোগ নির্ণয়: শঙ্ক ও ভাঙ্গা চুলের উপস্থিতি বলয়কীট সংক্রমণের প্রমাণ। সন্দেহ থাকলে অণুবীক্ষণে কেশ পরীক্ষা করা উচিত। দাদের মহামারী ছাড়া সবচেয়ে বেশি বিভ্রান্তি ঘটায় আঘাত জনিত কেশহীনতা। সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে চুলগুলি দেখায় পোকায় কাটার মত, সঙ্গে অন্যান্য নিদর্শনও থাকে। ক্ষতাঙ্কযুক্ত টাকপড়া সযত্ন পরীক্ষায় বাতিল হয়ে যাবে।

উৎপত্তি: কারণটি আজও বিতর্কিত। টাক পড়া শুরু হওয়ার আগে সাধারণত তীব্র আবেগ বা উদ্বেগের চাপ সম্পর্কিত ইতিহাস থাকে এবং অনেকে মনে করেন সেটাই প্ররোচক হিসাবে কাজ করে। প্রতিসরণের ত্রুটি, কোন সংক্রমণ কেন্দ্রের উপস্থিতি এবং অনির্ণিত কোন সংক্রমণ-বাহকেরও ভূমিকা থাকতে পারে। অন্তঃক্ষরী ক্রিয়াকলাপের প্রভাব অস্বচ্ছ ও অপ্রত্যক্ষ।

পূর্বাভাস সব সময়ই অনিশ্চিত। বহু ক্ষেত্রে 6-7 মাসের মধ্যে আবার চুল গজায়, কারও ক্ষেত্রে লাগে বৎসরাধিক। প্রায় এক-তৃতীয়াংশ ক্ষেত্রে প্রথম আক্রমণের পর সম্পূর্ণ পুনরুজ্জীবন আর হয়না, বারে বারে আক্রমণও সম্ভব। সর্বাঙ্গীণ কেশহীনতার—বিশেষ করে যদি তা বয়ঃসন্ধির আগে হয়, পূর্বাভাস সব সময়ই নৈরাশ্যজনক। কপালে কেশরেখা বরাবর কেশহীন পটির উদ্ভব হলে তাও অনমনীয় হয়ে থাকে।

চিকিৎসা অসন্তোষজনক। সাধারণত যে-সব ব্যবস্থা নেওয়া হয় তাতে ব্যাধির কোন হেরফের হয় কি না, সন্দেহ আছে। রোগীর মনে আস্থা যোগানো এবং প্রয়োজনে প্রশান্তিকারক ওষুধ দেওয়া উচিত। স্থানীয়ভাবে বেগনিপারের রশ্মি প্রয়োগে কিছু কাজ হতে পারে। মৃদু প্রতি-উপদাহক হিসাবে ল্যাকটিক অ্যাসিড 120 মিনিম, অয়েল রিসিনি

120 মিনিম এবং স্পিরিট ভিন রেকটিফায়েড একত্রে মিশিয়ে ব্যবহার করা যেতে পারে। স্টেরয়েড প্রয়োগে চুল গজালেও ওষুধ বন্ধ করলে আবার টাক পড়ে ; সুতরাং এই ওষুধ না দেওয়াই উচিত।

(vi) **আঘাত জনিত কেশহীনতা :** আঘাত পাওয়ার ফলে ক্ষতচিহ্ন-হীন টাক পড়ার তিনটি নিদর্শনগত রূপ দেখতে পাওয়া যায়। যাদের চুল ছেঁড়ার বাতিক আছে তাঁদের চুলগুলি হয় ভাঙ্গা এবং পাকানো, যার জন্যে দায়ী চুলটানা উকুনগুলি (চিত্র 204)। শিশুদের মধ্যে অনেক সময় আঙ্গুলে চুল জড়িয়ে টানার অভ্যাস লক্ষ্য করা যায়। যে-শিশু ডান হাত ব্যবহার করে তার বাঁ-দিকে সম্মুখ ও পার্শ্বকরোটি অঞ্চলে আংশিক টাক পড়ে ; আর বাঁ-হাত ব্যবহারকারী শিশুর পড়ে ডানদিকে। অবশ্য যে-কোন অঞ্চলই আক্রান্ত হতে পারে। একই অবস্থা ঘটে প্রাপ্তবয়স্কদের, বিশেষ করে মনোবিকারগ্রস্তদের ; তবে তাঁদের টাক পড়ে বৃহৎ এলাকা জুড়ে। নবজাতক এবং ছোট শিশুরা বালিশে মাথা ঘষার জন্যে তাদের পশ্চাৎ-করোটিতে আংশিকভাবে চুল উঠে যায়, অনভিজ্ঞ মায়েরা তাই দেখে ভয় পেয়ে যান। তৃতীয় এক ধরনের ঘর্ষণ প্রসূত টাক পড়া দেখা যায়—কুঞ্চিত এবং ভাঙ্গা চুল বিশিষ্ট আংশিক টাকের বড় অথবা ছোট ছোট চাপড়া, চুল থাকে শুধু শিরশীর্ষে। রোগী সাধারণত মহিলা, নার্ভাস চরিত্রের তরুণও হতে পারেন। প্রশ্ন করলে জানা যাবে উনি নিজের মনোমত কোন মালিকানি লোশন দিয়ে জোরে জোরে মাথা ঘষতে অভ্যস্ত। এই ধরনের সমস্ত আঘাত জনিত কেশহীনতায় সুযোগ দিলে আবার চুল গজাতে পারে।

(vii) বলয়কীট সংক্রমণ : § 779 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য।

(viii) সিফিলিসের দ্বিতীয় পর্যায়ে চাপড়া-চাপড়া টাক পড়তে পারে অথবা সারা মাথায় চুল পাতলা হয়ে যায়। চাপড়াগুলি অসংখ্য এবং ছোট ছোট, কিন্তু সম্পূর্ণ কেশহীন নয় ; করোটি-চর্মের চেহারা "পোকায় কাটার" মত। সিফিলিসের অন্যান্য নিদর্শন উপস্থিত থাকে ; সিরাম পরীক্ষার ফল অস্তিবাচক।

ক্ষ ত চি হ্ন যু ক্ত টাক বিরল। আক্রান্ত এলাকাগুলি মসৃণ, সমতলীয় এবং কেশের কোষথলিহীন। এগুলি শক্ত কিংবা ক্ষয়িষ্ণু হতে পারে অথবা অসম রঞ্জকায়নও থাকতে পারে। কারণটি সুস্পষ্ট না হলে মুখবিবরের শ্লেষ্মাঝিল্লী সযত্নে পরীক্ষা করা উচিত।

ক্ষতাঙ্কযুক্ত কেশহীনতার কারণ

(i) দহন ; মাত্রাধিক এক্স্-রশ্মি প্রয়োগ (§ 750)

(ii) বিধ্বংসী সংক্রমণ ; সিফিলিসের গুটি, কুষ্ঠ, লুপাস ভালগারিস, হারপিস জস্টার, কোন কোন বলয়কীট সংক্রমণ (যভাস, কেরিয়ন)

(iii) নবকলায়ন প্রক্রিয়া (neoplastic) ; বুনিয়াদি কোষের টিউমার

(iv) জড়ুল

(v) রক্তিমাভ লুপাস (§ 631), লিকেন প্লেনাস (§ 637), ত্বককাঠিন্য (§ 751)

(vi) কৃত্রিম টাক (pseudopelade)

(vii) কোষথলির পুঁজযুক্ত প্রদাহ জনিত ক্ষতাঙ্ক ও কেশহীনতা।

কৃত্রিম টাক : প্রাপ্তবয়স্ক পুরুষ বা নারীর মাথায় ছোট ছোট গোলাকার ক্ষতাঙ্কযুক্ত কেশহীন এলাকার উদ্ভব হয়। চাপড়াগুলি মসৃণ, সাদা এবং অবক্ষয়ী ; কোন প্রদাহমূলক পরিবর্তন হয়না। মূল চাপড়াগুলি সম্প্রসারিত হয়ে ও জোট বেঁধে বড় বড় অসম কেশহীন এলাকা সৃষ্টি করে। পূর্বাভাস নিরুৎসাহব্যাঞ্জক, চিকিৎসা সত্ত্বেও ধীরে ধীরে বৃদ্ধি পায়। কৃত্রিম টাক কোন বিকারতাত্ত্বিক সত্তা নয়। এটি একটি নির্দিষ্ট ধরনের লক্ষণ ও নিদর্শনগত অবস্থা যার উদ্ভব হতে পারে লিকেন প্লেনাসে, লিকেন স্পাইনুলোসাসে[1] অথবা রক্তিমাভ লুপাসের সক্রিয় পর্যায়ে। অন্যান্য ক্ষেত্রে কারণ অজ্ঞাত।

কেশমূল-থলির পুঁজযুক্ত প্রদাহ জনিত কেশহীনতা একটি বিরল অবস্থা যাতে ক্ষতাঙ্কের অগ্রসরমান কিনারায় ছোট ছোট পুঁজযুক্ত গুটি উপস্থিত থাকে। গুটিগুলি বীজাণুবিহীন। চিকিৎসা সাধারণত নিষ্ফলা।

§ 776. II. করোটি-চর্মের উপদাহক অবস্থা

করোটি-চর্মের বহু প্রদাহমূলক অবস্থায় চুলকানি হতে পারে—যেমন

1. প্রতিটি কেশমূল-থলির কেন্দ্রস্থলে হয় একটি শৃঙ্গ কিংবা একটি দণ্ড উপস্থিত থাকে

একজিমাতে, কেশরঞ্জক বা লোশন সৃষ্ট চর্ম-প্রদাহে, মাথার পিটিরিয়াসিস বা খুসকিতে, ঘর্মমেদ ঘটিত চর্ম-প্রদাহে এবং কোন কোন ধরনের সোরিয়াসিসে।

নিম্নোক্ত বিভিন্ন অবস্থায় চুলকানি হওয়া সম্ভব :

(i) মাথার উকুন রোগ

(ii) করোটি-চর্মের স্নায়বিক প্রদাহ

(iii) করোটি-চর্মে কোষথলির প্রদাহ এবং পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি (acne necrotica miliaris)

(i) **মাথার উকুন রোগ** হয় প্রধানত যে-সব মেয়েরা পরিচ্ছন্নতা মেনে চলেনা তাদের। তবে করোটি-চর্মে চুলকানি কিংবা ইমপেটিগো থাকলে অথবা পশ্চাৎ-করোটির এবং গ্রীবাদেশের গ্ল্যাণ্ডগুলি বড় ও বেদনাদায়ক হলে রোগটিকে উকুন বলে নির্ণয় করার আগে ভাল করে পরীক্ষা করা উচিত। মাথার উকুন পেডিকুলাস ক্যাপিটিস বিশেষ করে পশ্চাৎ-করোটি এলাকায় প্রচণ্ড উপদহন সৃষ্টি করে এবং আঁচড়ানোর জন্যে আনুষঙ্গিক বীজাণু সংক্রমণও ঘটতে পারে। ঐ এলাকার চুলে উকুনের ডিম খুঁজে দেখতে হবে ; পাঁশুটে-সাদা ডিম্বাকার ক্যাপসিউলগুলি চুলের সঙ্গে আটকে থাকে।

চি কি ৎ সা : করোটি-চর্মে শতকরা 2 ভাগ ডিকোফেনি (ডিডিটি) কিংবা লেথানির প্রলেপ ভাল করে ঘষতে হবে ; পরদিন শ্যাম্পু করার পর সরু চিরুণী দিয়ে মাথা আঁচড়ে মৃত উকুনের ডিমগুলি পরিষ্কার করে ফেলতে হবে। চুল কেটে ফেলার দরকার নেই। প্রচণ্ড আনুষঙ্গিক সংক্রমণ থাকলে প্রথমে দু-দিন অ্যান্টিবায়োটিক মলম লাগানো উচিত। টুপি, চিরুণী, ব্রাশ ইত্যাদি ভাল করে জীবাণুমুক্ত করে নেওয়া দরকার।

(ii) **করোটি-চর্মের স্নায়বিক প্রদাহ** (দীর্ঘস্থায়ী লিকেন সিমপ্লেক্স্) প্রধানত দেখা যায় মধ্যবয়সী এবং বয়স্কা মহিলাদের মধ্যে। ঘাড়ের পিছনদিকে, হয়তো কানের পিছনে ও উপরে চাপড়ার উদ্ভব হয়। এলাকাটি প্রচণ্ড চুলকাতে থাকে। বারবার ঘর্ষণ ও আঁচড়ানোর জন্যে ত্বকের যে পরিবর্তন ঘটে সেগুলি হল বলয়াকার, পুরু কতকগুলি ফলক ; কোন চাপড়া যদি করোটি-চর্মের বাইরে সম্প্রসারিত হয় সেখানে ত্বকের স্বাভাবিক রেখাগুলি আরও প্রকট হয়ে ওঠে। সোরিয়াসিসের অনুরূপ প্রচুর শল্কের উদ্ভব হতে পারে, আনুষঙ্গিক সংক্রমণের নিদর্শন থাকাও সম্ভব।

চুল কমে আসে, ভেঙ্গে ভেঙ্গে যায় (চিত্র 206)। এই অবস্থার কারণ স্নায়বিক চাপ যা কমাতে না পারলে মলম লাগিয়ে শুধু সাময়িক উপকার হতে পারে।

চি কি ৎ সা ঃ রোগীকে বুঝতে হবে যে ত্বকের পরিবর্তন ঘটেছে আঁচড়ানোর জন্যে এবং স্নায়বিক চাপ কমানো দরকার। বিশ্রাম এবং নিদ্রাকর ওষুধের প্রয়োজন। দিনে 3 বার 10-25 মিলিগ্রাম ক্লোরপ্রোমাজিন প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায়। শতকরা $\frac{1}{2}$-1 ভাগ হাইড্রোকর্টিসোন অ্যাসিটেট মলম লাগালে লক্ষণগুলি যথেষ্ট উপশম হয়। যে-সব ক্ষেত্রে বারবার পুনরাক্রমণ ঘটে সেখানে ট্রায়ামসিনোলোন[1] প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়।

(iii) করোটি-চর্মে-কোষথলি-প্রদাহ ও পুঁজযুক্ত ফুসকুড়ি হয় প্রাপ্ত-বয়স্কদের; পুরুষদেরই বেশি। রোগী অভিযোগ করেন, দফায় দফায় করোটি-চর্মে প্রচণ্ড চুলকানি হচ্ছে এবং পরীক্ষা করে দেখা যায় ছোট ছোট কোষথলির ফুসকুড়ি কিংবা শল্কমোচনের ফলে সেগুলি মামড়ি-ঢাকা হয়ে রয়েছে। শতকরা 2 ভাগ অ্যামোনিয়া ঘটিত মার্কারি দিয়ে তৈরী করা মলম লাগালে অনেক সময় উপকার পাওয়া যায়। শতকরা $\frac{1}{2}$ ভাগ হাইড্রোকর্টিসোন লোশনেও কাজ হয়। স্নায়বিক চাপ কমাতে না পারলে পুনরাক্রমণ ঘটে।

§ 777. III. করোটি-চর্মে শল্কবাহুল্য

(i) মাথায় পিটিরিয়াসিস বা খুসকি
(ii) টিনিয়া অ্যামিয়েনটেসিয়া (ছত্রাক) (T. amiantacea)
(iii) সোরিয়াসিস (§ 658)
(iv) স্নায়বিক চর্ম-প্রদাহ (§ 776)
(x) বলয়কীট সংক্রমণ বা দাদ (§ 779)

মাথায় পিটিরিয়াসিস বা খুসকি ঃ সরল ধরনের খুসকি হচ্ছে করোটি-চর্মে ভুসির মত শুকনো শল্কের উদ্ভব। শল্কগুলি সহজেই আলগা হয়ে আসে, প্রদাহের কোন নিদর্শন থাকেনা। অবস্থাটি 9-10 বছর বয়সের আগে সাধারণত হয়না, কিন্তু সারা জীবন স্থায়ী হতে পারে। একে

1. Triamcenolone

শারীরবৃত্তিক বলেই গণ্য করতে হবে। বয়ঃসন্ধির পর এই সরল ধরনের পিটিরিয়াসিস "পিটিরিয়াসিস স্টিয়াটয়েডে" (steatoides) রূপান্তরিত হতে পারে যখন শল্কগুলি আরও বড়, চটচটে এবং আরও আসঞ্জিত হয়ে পড়ে, আর নিচের করোটি-চর্ম হয়ে পড়ে লাল ও আর্দ্র। খুসকির এই রূপটি হচ্ছে এক ধরনের ঘর্মমেদস্রাবী চর্ম-প্রদাহ এবং এর সঙ্গে থাকে পুং-বৈশিষ্ট্য ঘটিত কেশহীনতা। তবে এই অবস্থাটি কিন্তু চুল উঠে যাওয়ার জন্যে দায়ী নয়। বলয়কীট সংক্রমণের সম্ভাবনা বাতিল না-করা পর্যন্ত শৈশবে এই ধরনের অবস্থাকে খুসকি বলে গণ্য করা উচিত নয়। চি কি ৎ সা : মৃদু অবস্থায় সপ্তাহে একবার করে শ্যাম্পু করাই যথেষ্ট। অবশ্য তার আগে সপ্তাহে একবার কিংবা দু-বার ক্যাডিনির তেল (oil of cadini) 30 মিনিম, গন্ধক 900 মিলিগ্রাম, অ্যাসিড স্যালিসিলিক 600 মিলিগ্রাম সহ মোট এক আউন্স মলম তৈরি করে তার প্রলেপ লাগিয়ে 5-10 ঘণ্টা পরে ধুয়ে ফেলা দরকার। তাতে যদি সম্পূর্ণ নিরসন না হয় সেক্ষেত্রে হাইড্রাজ পারক্লোর 60 মিলিগ্রাম, অ্যাসিড স্যালিসিলিক 2·4 গ্রাম, অয়েল রিসিনি 20 মিনিম এবং অ্যাসিটোন 240 মিনিম, সর্বসাকুল্যে মোট 4 আউন্স স্পিরিট ভিনি মেথ-এর সঙ্গে মিশিয়ে যে লোশন তৈরি হবে তা থেকে কয়েক ফোঁটা নিয়ে রোজ সকালে করোটি-চর্মে মালিশ করতে হবে।

(ii) **টিনিয়া অ্যামিয়েনটেসিয়ার** (T. amiantacea) সংক্রমণ প্রকাশ পায় কতকগুলি তৈলাক্ত শল্কের স্তর হিসাবে যেগুলি কখনো কখনো একত্রিত হয়ে বৃহৎ পিণ্ডের রূপ ধারণ করে। এটা কোন বিকারতাত্ত্বিক সত্তা নয়, বরং বলা যায় কতকগুলি লক্ষণ ও নিদর্শনের সমাহার যা স্নায়বিক চর্ম-প্রদাহ, সোরিয়াসিস কিংবা সংক্রামক চর্ম-প্রদাহকে জটিল করে তোলে। অবস্থাটিকে নানা রকম বিশৃঙ্খলার প্রতি করোটি-চর্মের সুনির্দিষ্ট প্রতিক্রিয়া হিসাবে গণ্য করা যেতে পারে।

§ 778. IV. ধূসর বা শুভ্র কেশ :

সাধারণত চুল ধূসর হতে শুরু করে রগের দিক থেকে, প্রায় 35 বছর বয়সে, এবং সম্পূর্ণ হয় 60 বছরে। শৈশবে অথবা তরুণ বয়সে চুল পাকার কারণ বংশগত। অকালবার্ধক্যে এবং কিছু কিছু জন্মগত উপব্যাধিতেও চুল ধূসর কিংবা সাদা হয়ে যায়। বিকার ঘটিত শুভ্রকেশ হতে পারে উগ্র

ধরনের ব্যাধিতে এবং প্রচণ্ড আবেগের তাড়নায়। স্থানীয়ভাবে শুভ্র কেশগুচ্ছের উদ্ভব হয় বংশগত বৈশিষ্ট্য হিসাবে অথবা আংশিক শ্বেতীর সঙ্গে। ধবল রোগ যদি করোটি-চর্মকে আক্রমণ করে, আক্রান্ত স্থলের চুলগুলি রঞ্জকহীন হয়ে পড়ে। স্থানীয় কেশহীনতায় নতুন করে চুল গজানোর সময় প্রথম দিকে হয় শুভ্রবর্ণ, কিন্তু পরে স্বাভাবিক রং নিতে পারে। স্থানীয়ভাবে ধূসর কেশ হতে পারে হারপিস জস্টারের পর এবং ট্রাইজেমিন্যাল স্নায়ুশূলে। এর কোন তন্ত্রীয় চিকিৎসা নেই। অবস্থাটি লজ্জা বা মনোবেদনার কারণ হলে চুলে রং করতেই হবে।

§ 779. V. **করোটি-চর্মে বলয়কীট সংক্রমণ** (দাদ) প্রধানত হয় শিশুদের, বয়ঃসন্ধির আগে। তবে কয়েক প্রজাতির সংক্রমণ পরবর্তী জীবনেও চলতে থাকে। সচরাচর যে-প্রজাতিগুলি দেখা যায় সেগুলিকে XLIX তালিকার অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

লক্ষণ: চারিদিক ঘেরা কেশহীন চাপড়া, করোটি-চর্ম সূক্ষ্ম শল্কে ঢাকা এবং চর্মের 2-3 মিলিমিটার উপরে ভেঙ্গে যাওয়া অনুজ্জ্বল চুল—এই নিদর্শন-গুলির স্রষ্টা 'মাইক্রোস্পোরোন[1] অডোউইনি' (audouini)। চাপড়া থাকতে পারে মাত্র একটি, আবার সমগ্র করোটি-চর্মের এক-তৃতীয়াংশ পর্যন্ত আক্রান্ত হতে পারে। প্রদাহমূলক পরিবর্তন ঘটে খুবই কম অথবা আদৌ কোন পরিবর্তন হয়না—যদি অবশ্য চিকিৎসা সূত্রে সেরকম কিছু না ঘটে থাকে। মুখে অথবা গ্রীবায় বলয়াকার টিনিয়া সংক্রমণ অস্বাভাবিক। "মাইক্রোস্পোরোন কেনিস" সংক্রমণের ছবিটি পৃথকভাবে চেনা যায়না বটে, কিন্তু প্রায়ই প্রদাহমূলক পরিবর্তন উপস্থিত থাকে এবং সঙ্গে থাকে মসৃণ ও কেশহীন ত্বকবিশিষ্ট অন্যান্য ব্যাধি। উড (Wood) উদ্ভাবিত আলোতে সুস্পষ্ট সবুজ প্রতিপ্রভা দেখা যায় যাকে কোন কোন মলম সৃষ্ট শ্বেত কিংবা পীত প্রতিপ্রভা বলে ভুল করা উচিত নয়। বিক্ষিপ্ত শুকনো শল্ক এবং ভাঙ্গা চুলের মাঝে মাঝে স্বাভাবিক চুল—এই হল ট্রাইকোফাইটন[2] সাল-ফিউরিয়াম সংক্রমণের ছবি। চুলের গোড়াটি এত ছোট যে কালো কালো বিন্দু বলে মনে হয়। কেশহীন চাপড়াগুলি অসম এবং কতকটা কোণাচে।

1. Microsporon—ক্ষুদ্রাতিতম বীজগুটি
2. Trichophyton—এক প্রজাতির ছত্রাক

কোন প্রদাহমূলক পরিবর্তন নাও থাকতে পারে, কিন্তু ক্ষেত্রবিশেষে কোষগুলির প্রদাহ, এমনকি করোটি-চর্মের পাঁচড়াও লক্ষ্য করা যায়। সংক্রমণ আপনা থেকেই নিরাময় হতে পারে অথবা বিশেষ করে প্রাপ্তবয়স্কদের ক্ষেত্রে বহু বছর ধরে স্থায়ী হওয়াও সম্ভব। কখনো কখনো ক্ষতাঙ্ক সৃষ্টি হয় যা দেখতে রক্তিমাভ লুপাসের মত। "ট্রাইকোফাইটন ভায়োলোসিয়াম" সৃষ্টি করে কৃষ্ণবিন্দু-দাদ যাতে প্রদাহমূলক প্রতিক্রিয়া বিরল। অপরদিকে "ট্রাইকোফাইটন ডিসকয়ডিস" এবং "ট্রাইকোফাইটন মেণ্টাগ্রোফাইট" দ্রুত প্রদাহ সৃষ্টি করে, কিন্তু কয়েক সপ্তাহের মধ্যেই স্বতঃসীমিত হয়ে যায়। কচিৎ কখনো আরও অনমনীয় দানাদার দাদ দেখা গিয়েছে।

ফেভাস (Favus)[1] : ব্রিটেনে ফেভাস সংক্রমণ সাধারণত দেখা না গেলেও মাঝে মাঝে ছোটখাট প্রাদুর্ভাব ঘটে থাকে। চিকিৎসা না করলে সারা জীবন স্থায়ী হতে পারে। সংক্রমণের পর কয়েক দিনের মধ্যেই একটি বা এক গুচ্ছ চুলের চারিদিকে ছোট্ট দৃঢ় পিরিচাকার মামড়ির উদ্ভব হয় (scutulum)। এগুলিকে সহজে ছাড়ানো যায়না। মামড়িগুলি জোটবদ্ধ হয়ে বৃহৎ সহজ-চূর্ণ পিণ্ডে পরিণত হয় এবং শেষ পর্যন্ত বিচ্ছিন্ন হয়ে গিয়ে অসম ক্ষতাঙ্কযুক্ত কেশহীন এলাকা সৃষ্টি করে। উৎপত্তির কারণ আরকোরিয়ন স্কিনলিনি (archorion schoenleini) নামক ছত্রাক যা মানবদেহে পরাঙ্গজীবী হিসাবে অবস্থান করে। অণুবীক্ষণে দেখা যায় এরা মামড়ির মধ্যে অনুপ্রবেশ করেছে ; কালচারে তার সমর্থনও মিলবে।

রোগ নির্ণয়: করোটি-চর্মের বলয়কীট সংক্রমণের বৈশিষ্ট্য হল ভাঙ্গা চুল। 10 বছরের কমবয়সী যে-সব শিশুর করোটি-চর্মে শল্ক দেখা যাচ্ছে তাদের মাথায় বলয়কীট পাওয়া যায় কি না খুঁজে দেখতে হবে ; সাধারণত এদের খুসকি হয়না। ক্ষতাঙ্ক থাক বা নাই থাক, যে-কোন বয়সে অসমভাবে টাক পড়লে বলয়কীট সংক্রমণ সন্দেহ করা উচিত। এরকম সব ক্ষেত্রেই ভাঙ্গা চুল তুলে ফেলে শতকরা 20 ভাগ পটাসিয়াম হাইড্রকসাইডে ভিজিয়ে রাখতে হবে এবং অণুবীক্ষণে পরীক্ষা করে দেখতে হবে ছত্রাক-

1. Fabus—এক জাতীয় বলয়কীট

তন্তু ও বীজগুটি (spore) পাওয়া যায় কি না। ছত্রাক যদি পাওয়া যায় তাহলে আরও কিছু কেশ কালচার করা উচিত, কারণ চিকিৎসার ছক কাটার জন্যে, সংক্রমণের সূত্রটি খুঁজে বের করার জন্যে এবং সংক্রমণ প্রতিষেধের জন্যে ছত্রাকের প্রজাতি নির্ণয় করা দরকার। উড উদ্ভাবিত আলোতে পরীক্ষা করলে মাইক্রোস্পোরোন চিহ্নিত করা সম্ভব; কিন্তু সে-পরীক্ষা সন্দেহজনক চুলের সরাসরি পরীক্ষার বিকল্প নয়, কারণ অধিকাংশ ট্রাইকোফাইটন ছত্রাক প্রতিপ্রভ হয়না।

উ ৎ প ত্তি: ব্রিটেনে করোটি-চর্মে দাদের সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ কারণ হল মানবদেহের পরাঙ্গজীবী মাইক্রোস্পোরোন অডোউইনি (audouini) সংক্রমণ। স্কুলগামী ছেলেমেয়েদের মধ্যে মহামারীর কারণ এরাই। সংক্রমণ ঘটে টুপি, চুলের ব্রাশ, সিনেমায় বসার আসন ইত্যাদি মারফৎ। বিড়াল-ছানার, কখনো কখনো কুকুরছানার দেহবাসী মাইক্রোস্পোরোন কেনিস (canis) মাঝে মাঝে পোষা জীবজন্তু মারফৎ ছোটখাট প্রকোপ সৃষ্টি করে। জীবজন্তুর মাধ্যম ছাড়া সরাসরি এক থেকে অপর শিশুতে সংক্রমণ হয় কম। গো-মহিষাদির গায়ে দাদ সৃষ্টিকারী পরাঙ্গজীবী ট্রাইকোফাইটন ডিসকয়ডিস (discoides) ও ট্রাইকোফাইটন মেণ্টাগ্রোফাইটস (mentagrophytes) কখনো কখনো মানুষের করোটি-চর্মে সংক্রমিত হয়ে থাকে। ট্রাইকো-ফাইটনের পোষক (host) হল মানবদেহ। ব্রিটেনে এই পরাঙ্গজীবীর প্রাদুর্ভাব কম হলেও দেশের বিভিন্ন অঞ্চলে এর প্রকোপ মনে হয় বাড়ছে। ট্রাইকোফাইটন সালফিউরিয়াম (sulphureum) একান্তভাবে মানবদেহের পরাঙ্গজীবী, তবে এর সংক্রমণশীলতা অডোউইনির চেয়ে কম এবং ব্যাপক কোন মহামারীর চেয়ে বিচ্ছিন্ন বা ছোটখাট প্রাদুর্ভাবই বেশি দেখা গিয়েছে। অবশ্য বহু ক্ষেত্রেই এদের চিনতে না পারার জন্যে রোগটি :হয়তো অনির্ণিত থেকে যায়। ট্রাইকোফাইটন ভায়োলেসিয়াম-এর (violaceum) প্রকোপ মধ্য ও দূরপ্রাচ্যেই বেশি; ব্রিটেনেও কিছু কিছু আমদানি হয়েছে। ট্রাইকোফাইটন সাবোরডি (sabouraudi) দেখা যায় ফ্রান্স এবং ইউরোপের অন্যান্য অংশে, ব্রিটেনে কিন্তু বিরল।

বি কা র জ ন ন ও বি কা র ত ত্ত্ব: সামান্য আঘাত করোটি-চর্মে পরাঙ্গজীবীদের অনুপ্রবেশের অনুকূল। সংক্রমণের অকুস্থল থেকে ছত্রাকগুলি শৃঙ্গস্তরে ব্যাসার্ধের ছকে বৃদ্ধি পেতে থাকে এবং চলার পথে অধিকাংশ

কেশমূল-গুলিকে (hair-follicles) সংক্রমিত করে। মাইক্রোস্পোরোন অডোউইনি সংক্রমণের পর এক সপ্তাহের মধ্যেই চুলগুলি টেনে তুললে দেখা যাবে কেশকন্দের (মূল) ঠিক উপরে সবুজ প্রতিপ্রভার একটি এলাকা সৃষ্টি হয়েছে। আরও পাঁচদিন পরে সেই প্রতিপ্রভ এলাকা করোটি-চর্মের উপরতলে ছড়িয়ে পড়ে এবং তৃতীয় সপ্তাহ বরাবর সংক্রমিত চুলগুলি উপরতলের এক বা দুই মিলিমিটার উপর থেকে ভেঙ্গে পড়ে যায়। সংক্রমণ যতই সম্প্রসারিত হতে থাকে, আক্রান্ত এলাকার ঠিক বাইরে দেখা যায় বুনিয়াদি প্রতিপ্রভাযুক্ত কেশগুলি। সংক্রমণের প্রসার যখন আর হয়না, সীমানাবহিঃস্থ কেশগুলির বুনিয়াদি প্রতিপ্রভাও আর দেখা যায়না। করোটি-চর্মে তখন থাকে সামান্য কিছু শল্ক। এর পর কয়েক মাস পোষক (রোগী) ও পরাঙ্গজীবীদের মধ্যে এক ধরনের সমতা রক্ষিত হয়, ছত্রাকতন্তু কেশদণ্ড বেয়ে নিচের দিকে বৃদ্ধি পেতে থাকে। এর কিছুদিন পরেই স্বতঃস্ফূর্ত নিরাময়। মানবদেহে উদ্ভূত মাইক্রোস্পোরোন অডোউইনি এবং ট্রাইকোফাইটন সালফিউরিয়ামের ক্ষেত্রে নিরাময়ের সময় লাগতে পারে বেশ কয়েক মাস। আর পশুদেহে যে-সংক্রমণের উৎপত্তি তাতে কেশের কোষগুলিতে প্রদাহ সৃষ্টি হয়, সেরেও যায় তাড়াতাড়ি।

প্রাপ্তবয়স্ক মানুষের করোটি-চর্মে বলয়কীট সংক্রমণ তুলনায় কম হয় কেন তার কারণ এখনও পূর্ণ ব্যাখ্যার অপেক্ষা রাখে। হয়তো বয়ঃসন্ধিকালে ঘর্মমেদের পরিমাণে ও উপাদানে যে পরিবর্তন ঘটে এবং চুলে যে শারীরবৃত্তিক অবস্থান্তর সৃষ্টি হয়, কারণ নিহিত আছে সেখানেই।

চি কি ৎ সা : (i) যে-সব পরাঙ্গজীবী শুধু মানবদেহেই সীমাবদ্ধ, চিকিৎসা না করলে মাসের পর মাস, বছরের পর বছর তারা কোন প্রদাহমূলক প্রতিক্রিয়ার প্ররোচনা দেয়না। এই বিশেষত্ব লক্ষ্য করা যায় মাইক্রোস্পোরোন অডোউইনি ও ট্রাইকোফোন সালফিউরিয়াম, ভায়োলোসিয়াম, সাবোরোডি এবং ফেভাসের ক্ষেত্রে। কার্যকর ওষুধ হিসাবে ব্যবহার করা হয় গ্রিসোফালভিন[1] নামক অ্যান্টিবায়োটিক যা কেরাটিনে সঞ্চিত হয়ে বলয়কীটদের অনুপ্রবেশ প্রতিহত করে। এর মাত্রা হল বয়স্কদের জন্যে দৈনিক 1·0 গ্রাম এবং শিশুদের জন্যে প্রতি পাউণ্ড ওজনে 10 মিলিগ্রাম। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই 3 থেকে 6 সপ্তাহের মধ্যেই নিরাময় হয় ; কিন্তু কারও

1. Griseofulvin

কারও 15 সপ্তাহ পর্যন্ত লেগে যেতে পারে এবং সে-সব ক্ষেত্রে সপ্তাহে 3 বার উড উদ্ভাবিত আলোতে অথবা অণুবীক্ষণে পরীক্ষা করে কিংবা কালচার করে নাস্তিবাচক ফল না পাওয়া পর্যন্ত ওষুধ চালিয়ে যেতে হবে। গ্রিসোফালভিন সেবনে যে সামান্য পেটের গোলমাল হয়, কিছু খাওয়ার পর সেবনে তা এড়িয়ে যাওয়া সম্ভব। যদি শিরঃপীড়া হয়, সাধারণত ওষুধ খেতে খেতেই তা দূর হয়ে যায়। ওষুধ প্রসূত স্ফোটক এবং শ্বেত কণিকার সংখ্যাহ্রাস বিরল। অ্যান্টিবায়োটিকগুলি কোষথলিমুখে সঞ্চিত আবর্জনায় পৌঁছাতে পারেনা বলে আক্রান্ত স্থলের চুল কামিয়ে ফেলা এবং প্রতিদিন শ্যাম্পুর পর ছত্রাকধ্বংসী মলম লাগানো উচিত।

কেশনাশক রঞ্জনরশ্মি প্রয়োগ আজকাল অপ্রচলিত হয়ে গেলেও গ্রিসোফালভিন-প্রতিরোধী ছত্রাকের ক্ষেত্রে তার প্রয়োজন হতে পারে। কোন অভিজ্ঞ ব্যক্তিকে দিয়ে এই কাজ করানো উচিত এবং বিশ্বাসযোগ্য ক্রমপরিমাপ-নির্ণয়ী যন্ত্রেরও প্রয়োজন। সাধারণত সমগ্র করোটি-চর্মের কেশ ধ্বংস করাই বাঞ্ছনীয়। সংক্রমণ যদি চতুর্দিকবেষ্টিত হয় এবং সম্প্রসারণ বন্ধ হয়ে গিয়ে থাকে তবেই বিশেষ একটি এলাকার কেশ ধ্বংস করা যেতে পারে। যদি রঞ্জনরশ্মি প্রয়োগ দ্বারা কেশ ধ্বংসের ব্যবস্থা না থাকে এবং গ্রিসোফালভিন না পাওয়া যায় বা কার্যকর না হয় সে-ক্ষেত্রে প্রলেপ বা মলম লাগাতেই হবে এবং সঙ্গে সঙ্গে সংক্রমিত চুলগুলি টেনে তুলে ফেলা দরকার। সারা মাথার চুলগুলি ছেঁটে ফেলা বা কমিয়ে ফেলার পর নির্বাচিত প্রলেপটি হাত দিয়ে বা ব্রাশ দিয়ে আক্রান্ত স্থলে সজোরে ঘষতে হবে এবং প্রতিদিনই করোটি-চর্ম ধুয়ে ফেলতে হবে। সংক্রমিত চুলগুলি হুইটফিল্ড্ উদ্ভাবিত ফরসেপের (চিমটা) সাহায্যে সাবধানে টেনে তুলে ফেলা দরকার। এই কাজে উড উদ্ভাবিত আলো যথেষ্ট সাহায্য করবে। পর পর তিন সপ্তাহ পরীক্ষা করে যতক্ষণ আর একটিও সংক্রামক চুল না-পাওয়া যাচ্ছে এবং সন্দেহজনক চুলগুলি নাস্তিবাচক না হচ্ছে ততদিন উপরিউক্ত প্রক্রিয়ায় কেশধ্বংসী চিকিৎসা চালিয়ে যাওয়া উচিত। দুর্ভাগ্যক্রমে কোন স্থানীয় প্রলেপই সম্পূর্ণ সন্তোষজনক নয়। সাধারণত ব্যবহৃত হয় হুইটফিল্ড্ উদ্ভাবিত মলম, অ্যামোনিয়াযুক্ত পারদ ঘটিত মলম (শতকরা 5 ভাগ), স্যালিসিটামাইড ঘটিত মলম; এগুলিতে থাকে আনডেসিনোয়িক (undecenoic), প্রোপিয়োনিক কিংবা অন্যান্য ফ্যাটি অ্যাসিড।

(ii) পশুদেহে উদ্ভূত অধিকাংশ সংক্রমণেই প্রদাহমূলক পরিবর্তন ঘটে থাকে যা দ্রুত আরোগ্যলাভের সম্ভাবনা বাড়িয়ে দেয়। এক্ষেত্রে রঞ্জনরশ্মি প্রয়োগ দ্বারা কেশ ধ্বংসের প্রয়োজন হয়না। আগেই যে পদ্ধতির উল্লেখ করা হয়েছে সেইভাবে গ্রিসোফালভিন খেতে দেওয়া হয়। মৃদু প্রদাহমূলক পরিবর্তনে, যেমন কেনিস সংক্রমণে, চাপড়ার ঠিক বাইরে চতুর্দিকস্থ চুল ছেঁটে দিতে হবে এবং সপ্তাহে দু-তিন দিন সংক্রমিত চুলগুলি টেনে তুলে ফেলে ফ্যাটি অ্যাসিড ঘটিত অনুত্তেজক ছত্রাকধ্বংসী প্রলেপ লাগাতে হবে। দুরন্ত সংক্রমণে করোটি-চর্মে খোস দেখা দিলে পটাসিয়াম পারমাঙ্গানেট (1:5,000) অথবা মার্কারি পারক্লোরাইড (1:2,000) লোশন দিয়ে সেঁক দেওয়া দরকার। সংক্রমিত চুলগুলি টেনে তুলে ফেললে দ্রুত আরোগ্যলাভ সম্ভব। শক্তিশালী ছত্রাকধ্বংসী প্রলেপের প্রয়োজন নেই।

প্র তি ষে ধ ব্য ব স্থা : ছত্রাকের সঠিক প্রজাতি নির্ণয় একান্ত প্রয়োজন। অডোউইনি এবং মানবদেহের অন্যান্য প্রজাতিভুক্ত ছত্রাক পাওয়া গেলে ঘটনাটি স্কুল-কর্তৃপক্ষকে জানানো দরকার। উড উদ্ভাবিত আলোতে পরীক্ষা করলে স্কুলে এবং বাড়িতে শিশুর ঘনিষ্ঠদের মাথায় অডোউইনি পাওয়া যেতে পারে। সংক্রমিত শিশুকে ধুয়ে ফেলার যোগ্য কাপড়ের টুপি পরতে দেওয়া উচিত এবং সম্পূর্ণ নিরাময় না হওয়া পর্যন্ত তাকে স্কুলে যেতে দেওয়া উচিত নয়। বড় রকমের প্রকোপ ঘটলে ঐ স্কুলের সমস্ত কিশোর-কিশোরীকে পরীক্ষা করে স্কুলে, ক্ষৌরালয়ে, সিনেমা হলে এবং অন্যান্য জায়গায় সংক্রমণ-বিরোধী বিশেষ ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে। পশুদেহ জাত সংক্রমণের সমস্যা ভিন্নতর। শিশু যদি চিকিৎসিত হতে থাকে এবং সুতীর টুপি পরে, কোন কোন স্কুল কর্তৃপক্ষ সে-শিশুকে স্কুলে আসতে অনুমতি দেন। কোন্ জন্তুটি থেকে সংক্রমণ ঘটছে তাকে চিহ্নিত করা এবং চিকিৎসা করা দরকার।

§ 780. **VI. জন্মগত অস্বাভাবিকতা :** জন্মগত কেশহীনতা সম্পর্কে উল্লেখ করা হয়েছে § 775. IV অনুঅধ্যায়ে। স্থানীয়ভাবে সীমাবদ্ধ ত্রুটি থেকে একটি মাত্র ক্ষয়িষ্ণু চাপড়া সৃষ্টি হতে পারে, করোটি-চর্মের বাকি এলাকা স্বাভাবিকই থাকে। চুলের অনেক রকম অস্বাভাবিকতা দেখা যায় যার মধ্যে অধিকাংশই অ-সাধারণ এবং কিছু কিছু খুবই বিরল। সবচেয়ে বৈশিষ্ট্যপূর্ণ

হল (i) জপমালার গুটির মত (monilethrix)—যাতে কেশদণ্ডটি হ্রস্ব গুটিকাযুক্ত এবং কয়েক মিলিমিটার লম্বা হওয়ার পর সেটি ভেঙ্গে যায়। সমগ্র করোটি-চর্ম অথবা শুধু পশ্চাৎ-করোটি এলাকাটি আক্রান্ত হয়ে থাকে। করানুভূতিতে কোষথলির ছিদ্রমুখে শৃঙ্গবহুল পিড়কাগুলি জায়ফলের অবনত-মুখের মত মনে হয়। এই অবস্থা জীবনভোর চলতে থাকে, চিকিৎসায় বিশেষ কোন কাজ হয়না। (ii) কুঞ্চিত কেশ (pilitorti)—যাতে চুলগুলি তাদের নিজেদের 180 ডিগ্রি কোণে বারবার বেঁকে যায়। এতে সবচেয়ে বেশি আক্রান্ত হয় পশ্চাৎ-করোটি ; আক্রান্ত চুলগুলি সহজেই ভেঙ্গে যায় এবং প্রতিফলিত আলোকে বিশেষভাবে দীপ্তিমান হয়ে ওঠে। (iii) বলয়কার কেশ (piliannulati)—যাতে কেশগুলিতে পর্যায়ক্রমে একবার আঁধার একবার আলোকিত পটি (band) দেখা যায়।

§ 781. VII. **কেশ রঞ্জন ও তরঙ্গায়িত করণ :**

(i) হেনা ও ক্যামোমাইল সহ উদ্ভিজ্জ রঞ্জকগুলি তুলনায় নিরাপদ হলেও সেগুলির প্রভাব অনিশ্চিত হওয়ায় কম ব্যবহৃত হয়। (ii) ধাতব রঞ্জকগুলিও আজকাল আর তেমন জনপ্রিয় নয় কারণ এদের সৃষ্ট রং অস্বাভাবিক মনে হয়। (iii) চুল সাদা করার জন্যে ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত হয় হাইড্রোজেন পারঅকসাইড। পদার্থটি অল্পক্ষণ ব্যবহারে হয়তো কোন ক্ষতি হয়না, কিন্তু বারেবারে বা দীর্ঘক্ষণ প্রয়োগের ফলে চুলগুলি ভঙ্গুর হয়ে যায়। আজকাল ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত হচ্ছে বিভিন্ন মালিকানি নামে বিক্রিত প্যারাফিনিল-এনডিয়ামাইন[1]। এই রঞ্জকটি বিভিন্ন ঘনত্বে (shade) রং সৃষ্টি করতে পারে এবং সুকৌশলে লাগাতে পারলে বোঝা শক্ত যে চুল রঞ্জিত করা হয়েছে। দুর্ভাগ্যক্রমে যাঁরা আগেই এই রঞ্জকের কিংবা তার কোন রাসায়নিক যৌগের সংস্পর্শে এসে সংবেদী হয়ে গিয়েছেন তাঁরা এটি ব্যবহার করলে দুরন্ত চর্ম-প্রদাহ সৃষ্টি হতে পারে। কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই করোটি-চর্মের উপদহন শুরু হয়ে যায় এবং দ্রুত একজিমা ঘটিত ফলকের উদ্ভব হয় ; কখনো কখনো সঙ্গে থাকে প্রকট শোথ ও রস ক্ষরণ যা ক্ষেত্রবিশেষে ললাটে এবং অক্ষিপল্লবেও ছড়িয়ে পড়ে। এই প্রতিক্রিয়া খুব কষ্টদায়ক-ভাবে উগ্র হতে পারে। এরকম ক্ষেত্রে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব চুলগুলি

1. **Paraphenylenediamine**

শতকরা 15 ভাগ সেলাইনে ধুয়ে ফেলতে হবে এবং ধোয়ার পূর্বমুহূর্তে সেলাইনের সঙ্গে মিশিয়ে নিতে হবে হাইড্রোজেন পারঅকসাইড।

চুল তরঙ্গায়িত করার জন্যে সাধারণত ব্যবহার করা হয় তাপ এবং নানা রকম ক্ষারের সলিউসন। অন্য কোন রাসায়নিক পদার্থ দ্বারা চুলগুলি যদি আগেই ক্ষতিগ্রস্ত না হয়ে থাকে এবং প্রয়োগকারী যদি অদক্ষ না হন তাহলে উপরিউক্ত তাপে ও ক্ষারে চুলের কোন ক্ষতি হওয়া নিতান্তই বিরল ঘটনা। সাম্প্রতিক কালে এক ধরনের "শীতল তরঙ্গায়িতকরণ" পদ্ধতি বেশ জনপ্রিয় হয়েছে। উপস্তকের শৃঙ্গস্তরকে পৃথককারী কোন পদার্থ—ক্ষারীয় সলিউসনে মিশানো থায়োগ্লাইকোলিক[1] ঘটিত কোন লবণ প্রয়োগে চুলগুলি নমনীয় হয়ে যায়। তরঙ্গায়িতকরণের কাজ শেষ হওয়ার পর কোন নিরপেক্ষ-কারক (neutraliser)—সাধারণত কোন ব্রোমেট বা মৃদু জারক লাগানো হয়। এই পদ্ধতিতে চুলের উপর বিরূপ প্রতিক্রিয়ার ঘটনা বিরল। করোটি-চর্ম যদি সুস্থ থাকে এবং নির্মাতার উপদেশ যদি যথাযথ পালন করা হয় তবে "শীতল তরঙ্গায়িতকরণ" পদ্ধতি মোটামুটি নিরাপদ। তা সত্ত্বেও কচিৎ কখনো চর্মপ্রদাহের উদ্ভব হয়ে থাকে ; এরকম ক্ষেত্রে আসল নির্মাতার দেওয়া সলি-উসন দ্বারা চাপড়া পরীক্ষা সমেত বিশদ অনুসন্ধান চালানো উচিত, কারণ এর সঙ্গে জড়িয়ে থাকে চিকিৎসা সংক্রান্ত আইনগত প্রশ্ন। যাঁরা কেশ বিন্যাস করেন তাঁদের হাতে চর্ম-প্রদাহের ঘটনা কিন্তু ততটা বিরল নয় এই কারণে যে তাঁরা বারবার ঐ পদার্থটির সংস্পর্শে আসেন ; এক্ষেত্রেও একই-রকম সযত্ন অনুসন্ধানের প্রয়োজন কারণ চর্মরোগ হওয়ার মত আরও অনেক কিছুই তাঁরা ব্যবহার করে থাকেন। শক্তিশালী থায়োগ্লাইকোলিক সলি-উসন মৌল উপদাহক কিংবা সংবেদকারক হিসাবে কাজ করতে পারে।

§ 782. VIII. **কেশবাহুল্য** বা অত্যধিক কেশবৃদ্ধি একটি বিরল জন্মগত উপব্যাধি। পুরুষদের কেশ যে-ছকে বিন্যস্ত থাকে মহিলাদের কোন কোন ব্যাধির বৈশিষ্ট্য হিসাবে সেই ধরনের কেশবাহুল্য দেখা দিতে পারে। যেমন কাশিং বর্ণিত উপব্যাধিতে, সুপ্রারেনাল ঘটিত পৌরুষময়তায় এবং কিছু কিছু পুরুষত্ব সৃষ্টিকারী টিউমারে এরকম কোন কারণ আছে কি না খুঁজে দেখা দরকার। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই এর সঙ্গে অন্তঃক্ষরী ক্রিয়াকলাপ সংক্রান্ত

1. Thioglycollic

বিশৃঙ্খলার কোন সম্পর্ক থাকেনা, কেশবাহুল্য নির্ধারিত হয় জাতিগত ও পরিবারিক বৈশিষ্ট্য হিসাবে। রঞ্জকান্বিত জড়ুলের উপর কর্কশ চুল আরও বেশি সৌন্দর্যহানি ঘটায়। মাঝে মাঝে ত্রিকাস্থির নিম্ন এলাকায় শুধু কেশ-গঠিত জড়ুলও লক্ষ্য করা যায়, চিকিৎসার অনুরোধ আসে প্রধানত সৌন্দর্য রক্ষার তাগিদে। চিবুকে বা গ্রীবায় কর্কশ চুল তড়িৎ-বিশ্লেষ অথবা তড়িৎ-সন্তাপন দ্বারা দূর করা সম্ভব। তবে এই পদ্ধতিতে উপরের ঠোঁটে স্বাভাবিক সূক্ষ্ম কেশবাহুল্যের সঙ্গে ছোট ছোট গুটিদার ক্ষতাঙ্কের উদ্ভব হয়ে আরও বেশি বিকৃতি ঘটাতে পারে। এরকম ক্ষেত্রে চুল সাদা করার সলিউসন এবং প্রয়োজন বোধে বৈদ্যুতিক ক্ষুর ব্যবহারের সুপারিশ করা হয়। ক্ষৌর ক্রিয়ায় কর্কশ কেশের উৎপত্তি উদ্দীপ্ত হয়, এই ধারণা ভুল। স্থায়ীভাবে কেশ ধ্বংসের জন্যে রঞ্জনরশ্মি প্রয়োগ বিপজ্জনক এবং সম্পূর্ণ অযৌক্তিক।

গ্রুপ XII. নখের অসুখ

§ 783. নখের ছোটখাট বিশৃঙ্খলা স্বাভাবিক, কিন্তু কম ক্ষেত্রেই সেগুলি রোগ লক্ষণের অভিব্যক্তি। নখের ফলকটি অস্বাভাবিক হতে পারে নিম্নোক্ত কারণে : (i) জন্মগত ত্রুটি, (ii) চর্মপীড়ার সঙ্গে নখভূমি আক্রান্ত হওয়া, (iii) তন্ত্রীয় ব্যাধি, (iv) রক্ত সরবরাহে অপ্রতুলতা, (v) স্থানীয়ভাবে ভৌত বা রাসায়নিক কোন আঘাত, (vi) নখের ভাঁজে বা ভূমিতে টিউমার বা জড়ুল, (vii) নখের ভাঁজে কোন সংক্রমণ, (viii) সংক্রমিত নখের ফলক। আবার বহু ক্ষেত্রে কোন কারণ জানা যায়না। সমর্থনযোগ্য প্রমাণ না পাওয়া পর্যন্ত নখের পরিবর্তনকে সমকালীন তন্ত্রীয় ব্যাধির সঙ্গে সংশ্লিষ্ট বলে গণ্য করা উচিত নয়। নিচে নখের বিভিন্ন ব্যাধির উল্লেখ করা হল :

I. বিবর্ণ নখ :

নখে সাদা দাগ (Leuconychia) : শতকারা 60 জন স্বাভাবিক মানুষের নখে সাদা দাগ থাকে। এক বা একাধিক নখে আপনা থেকেই সাদা বিন্দু বা রেখার উদ্ভব হয়। সামান্য আঘাত তার কারণ হতে পারে। এর সঙ্গে অপুষ্টি, অন্তঃক্ষরী বিশৃঙ্খলা অথবা তন্ত্রীয় কোন ব্যাধির সংযোগ আছে এমন কোন প্রমাণ পাওয়া যায়নি। .

বহু রাসায়নিক পদার্থ নখকে রঞ্জিত করে—যেমন পটাসিয়াম পারমাঙ্গা-

নেট (বাদামী), ক্রাইসোরোবিন (পীতাভ-বাদামী)। ওষুধ হিসাবে ভারী ধাতব পদার্থ প্রয়োগে নখগুলি কৃষ্ণবর্ণ বা স্লেটের রঙে রঞ্জিত হয়; মেপাক্রিনে হয় নীলাভ-বেগুনি। আঘাতে নখের নিচে রক্তপাত হলে রং হয় লালচে-বাদামী, আর হৃৎপিণ্ডের বীজাণু ঘটিত অনতিতীব্র অন্তরপ্রদাহে এবং ট্রিচিনিয়া সংক্রমণে দেখা যায় নখের নিচে রক্তপাতের ঝলক। নখে বিবর্ণ ছোপের আবির্ভাব বলয়কীট সংক্রমণের অন্যতম নিদর্শন।

নখের ছত্রাক রোগ (onychomycosis) প্রথম দেখা দিতে পারে নখের পার্শ্বসীমান্তের কাছে পীতাভ-বাদামী ছোপ হিসাবে। নখের নিচে নরম শৃঙ্গবহুল আবর্জনাস্তূপ সঞ্চিত হয় এবং নখটি ক্রমেই পুরু, ভাঙ্গাভাঙ্গা ও অসমভাবে বিকৃত হয়ে যায়। মহিলাদের তুলনায় বেশি আক্রান্ত হন পুরুষরা এবং হাতের চেয়ে পায়ের আঙ্গুলই বেশি। একটি বা একাধিক নখ আক্রান্ত হতে পারে, সঙ্গে পায়ের পাতায় বা অন্যত্র ত্বকের সংক্রমণ থাকাও সম্ভব। অধিকাংশ সংক্রমণের কারণ ট্রাইকোফাইটন রুব্রা এবং দুই আঙ্গুলের মধ্য-স্থিত ট্রাইকোফাইটন। রোগগ্রস্ত নখে কলুষকারক অন্যান্য ছত্রাকও পাওয়া যেতে পারে।

রো গ নি র্ণ য়ঃ সবচেয়ে বেশি বিভ্রান্তি সৃষ্টি করে সোরিয়াসিস এবং বিম্বিকার (pomphyolyx) সহগামী নখের পরিবর্তন। রোগ নির্ণয়ের জন্যে নখের টুকরো এবং নখনিম্ন শৃঙ্গ পদার্থ সংগ্রহ করে অণুবীক্ষণে পরীক্ষা করতে হবে, কালচার করাও দরকার।

চি কি ৎ সাঃ সর্বোৎকৃষ্ট ওষুধ হচ্ছে গ্রিসোফালভিন। কিন্তু যেহেতু এই ওষুধটি 9 থেকে 18 মাস ব্যবহার করা আবশ্যিক তাই আর্থিক দিক দিয়ে এর ব্যবহার অবাস্তব। মাত্রা সম্পর্কে § 779 অনুঅধ্যায় দ্রষ্টব্য। যতদূর সম্ভব ক্ষতিগ্রস্ত নখ নিয়মিত কেটে ফেলে হুইটবি উদ্ভাবিত মলম লাগাতে হবে। অধিকাংশ করাঙ্গুলির সংক্রমণ এতেই উপশম হয়, কিন্তু পায়ের আঙ্গুলে এক বছর ধরে চিকিৎসা করার পরেও সংক্রমণ থেকে যেতে পারে। সুতরাং সেরকম ক্ষেত্রে অস্ত্রোপচার দ্বারা নখটি বাদ দিতে হবে, আর পুনরুদ্ভব কালে দিতে হবে গ্রিসোফালভিন। অন্য কোন চিকিৎসায় বিশেষ কাজ হয়না, তবে কখনো কখনো আপনা থেকেই সেরে যায়। গ্রিসোফালভিন না পাওয়া গেলে পায়ের আঙ্গুলে চিকিৎসা

না করাই ভাল। করাঙ্গুলির নখের জন্যে § 779 অনুঅধ্যায়ে বর্ণিত ছত্রাকবিরোধী ওষুধগুলি ব্যবহার করে দেখা যেতে পারে।

II. অনুপস্থিত বা অপরিণত নখ

নখহীনতা (anonychia) বা নখের অনুপস্থিতি একটি জন্মগত ত্রুটি অথবা বহিশ্চর্মের অপুষ্টি জাত উপব্যাধির আংশিক নিদর্শন—যেমন হয় উপস্তক আলগা হয়ে সেখানে ফোস্কা দেখা দিলে। নখটি সম্পূর্ণ অনুপস্থিত হতে পারে অথবা শৃঙ্গ গঠিত ছোট ছোট অবরোধকে পরিণত হতে পারে। নখভূমিতে আঘাত লাগলে, রঞ্জনরশ্মি বা রেডিয়ামে অত্যধিক উন্মুক্ত হলে এবং ধমনীকাঠিন্য ও রেনড বর্ণিত ব্যাধিতে যেমন নখের রক্ত সরবরাহ কমে যায়, সেই ধরনের সংবহন-ঘাটতিতে নখগুলি ছোট এবং বিকৃত হয়ে যায়। নখ খসে যায় (onychomadesis) স্কারলেট ফিভারে, শল্কমোচনশীল চর্ম-প্রদাহে এবং কখনো কখনো স্থানীয় কেশহীনতায়। আঘাত লেগে কোন একটি নখ পড়ে যাওয়াও সম্ভব। কোন কোন কিশোর বা তরুণের বারে বারে পায়ের নখ খসে যায় কেন তার কারণ অজানা।

III. স্থূল নখ (onychauxis) :

এককভাবে অথবা বহিশ্চর্মের অন্যান্য অস্বাভাবিকতার অনুষঙ্গ হিসাবে, বিশেষ করে কড়া পড়ার সঙ্গে একযোগে নখ পুরু হয়ে যাওয়া, সেও এক জন্মগত ত্রুটি। নখ পুরু হয়ে যেতে পারে আঁটসাঁট জুতো পরা কিংবা পেশাগত কারণে বার বার আঘাত পেলে, পুষ্টির বিশৃঙ্খলায়, দীর্ঘস্থায়ী একজিমায়, সোরিয়াসিসে, শল্কমোচনশীল চর্ম-প্রদাহে, ফিকে-লাল পিটিরিয়াসিসে এবং নখের ছত্রাক রোগে।

IV. নখে আড়াআড়ি শিরাল (ridge) ঃ

বুয়ো (Beau) বর্ণিত রেখা ঃ নখের মূলদেশে আড়াআড়ি শিরালের উদ্ভব হয়ে নখ বাড়ার সঙ্গে সঙ্গে সেগুলি রোজ প্রায় 0·1 মিলিমিটার হারে প্রান্তাভিমুখে অগ্রসর হতে থাকে। দুরন্ত কোন তন্ত্রীয় ব্যাধিতে, প্রবল জ্বরে, করোনারী থ্রম্বোসিসে অথবা আবেগ ঘটিত শকে এই ধরনের ঘটনা ঘটতে পারে। একজিমা কিংবা নখের চতুর্দিকস্থ টিস্যু-প্রদাহের মত নখভূমির স্থানীয় ব্যাধিতেও আড়াআড়ি শিরালের উদ্ভব হওয়া সম্ভব।

V. নখে লম্বালম্বি শিরাল ঃ

এই অবস্থা সাধারণত দেখা যায় বৃদ্ধ বয়সে। বিকিরণ প্রসূত চর্ম-

প্রদাহে, রাসায়নিক ক্ষতের পর এবং অপুষ্টিজনিত বিশৃঙ্খলাতেও এই ধরনের শিরালের উদ্ভব হয়। নখের মুক্ত কিনারাটি ছিঁড়ে গিয়ে কষ্টদায়ক হতে পারে। নখের জমিনে স্থানীয় কোন ব্যাধি, নখের নিচে কোন অস্থির উপব্যাধি, নখের ভাঁজে কোন আঁচিল অথবা আঘাত থেকে গভীর শিরাল অথবা প্রকৃত ফাটলের উদ্ভব হওয়া সম্ভব।

VI. ছোট ছোট গর্তযুক্ত নখ:

নখভূমির কাছে কোন প্রদাহমূলক চর্মব্যাধির পর নখে অসম ছোট ছোট গর্ত, সঙ্গে আড়াআড়ি শিরাল দেখা দিতে পারে। বিষ্বিকার আক্রমণের পরেও—যা রোগী হয়তো ভুলেই গিয়েছেন—এরকম হওয়া সম্ভব। লিকেন প্লেনাসে এবং স্থানীয় কেশহীনতাতেও গর্তযুক্ত নখ দেখা যায়। নখের সোরিয়াসিসে এটি অন্যতম বৈশিষ্ট্য। গর্তগুলি সাধারণত খুব ছোট, অসংখ্য এবং আকারে প্রায় একই রকম। আবার নখগুলি পীতাভ, স্থূল ও ভঙ্গুর এবং তলদেশ শৃঙ্গবহুল হওয়াও বিচিত্র নয়। সাধারণত সঙ্গে ত্বকের সোরিয়াসিসও উপস্থিত থাকে অথবা শুধু নখটি আক্রান্ত হতে পারে। সোরিয়াসিস ঘটিত সন্ধি-প্রদাহে নখ প্রচণ্ডভাবে আক্রান্ত হওয়া অতি সাধারণ ঘটনা।

VII. অস্বাভাবিক বক্র কিংবা সমতলীয় নখ:

পশুপাখীর নখরাকৃতি নখ (onychogryphosis): এক কিংবা দুই পায়ের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের নখ যথেষ্ট পুরু হয়ে পশুপাখীর নখরের মত নিচের দিকে ও পিছনের দিকে বেঁকে যায়। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই আক্রান্ত হন বৃদ্ধরা। কারণ অপুষ্টি ও অবহেলা।

স্থূলাগ্র আঙ্গুলের সঙ্গে নখ পুরু হয়ে বেঁকে যাওয়া এবং সমতলীয় পাতলা চামচের মত নখ (koilonychia) সম্পর্কে আলোচনা করা হয়েছে § 578.a অনুঅধ্যায়ে।

VIII. নরম ও ভঙ্গুর নখ:

সাধারণত হয় মহিলাদের। নখের মুক্ত সীমান্তটি লম্বালম্বিভাবে চিরে যেতে পারে অথবা আড়াআড়ি ফলকরূপে পৃথক হয়ে যায়। বিরলতর ক্ষেত্রে নখগুলি হয় নরম ও পাতলা। কেউ কেউ নখে অত্যধিক অঙ্গরাগ ও দ্রাব্য পদার্থ লাগানোর জন্যে, কারওবা আঙ্গুলে সম্প্রতি একজিমা হওয়ার কারণে নখের ঐ অবস্থা হওয়া সম্ভব। অধিকাংশ ক্ষেত্রেই কারণ অজ্ঞাত। তবে

নখে এই ধরনের পরিবর্তন ক্যালসিয়ামের ঘাটতি বা অন্য কোন অপুষ্টি জাত কারণ প্রসূত নয়।

IX. নখভূমি থেকে বিচ্ছিন্ন নখঃ

নখের ফলকের নিচে নানা রকম ব্যাধি প্রক্রিয়া থেকে এই অবস্থা ঘটে থাকে। অবশ্য ভূমিচ্যুত নখে (onycholysis) কোন স্থানীয় অস্বাভাবিকতা না থাকলে নখটি তার অগ্র-তৃতীয়াংশে ভূমি থেকে বিচ্ছিন্ন হয়ে যায়। পেশাগত আঘাত থেকেও—যেমন বোতলের লেবেল তুলতে গিয়ে, কমলা লেবুর খোসা ছাড়ানোর সময় অথবা নখ রং করার অতি-উৎসাহে আহত হয়েও নখ তার ভূমি থেকে বিচ্ছিন্ন হতে পারে। আবার স্নায়ু-দৌর্বল্যের কারণে নখ খুঁটতে খুঁটতেও এই অবস্থা ঘটে যায়। অনেক সময় কোন কারণ খুঁজে পাওয়া যায়না। আঙুলে আঘাত এড়িয়ে যেতে পারলে বহুক্ষেত্রে আপনা থেকেই সেরে যায়।

X. নখের ভাঁজে রোগ বিকারঃ

নখের ভাঁজে টিস্যু-প্রদাহ (paronychia) একটি সাধারণ ঘটনা। তীব্র অবস্থায় ভাঁজের কিছু অংশে বেদনাদায়ক স্ফীতির উদ্ভব হয়ে অচিরে পুঁজ সঞ্চয় হয়ে থাকে; অবস্থাটি তখন শল্য চিকিৎসার আওতাভুক্ত। এর দীর্ঘস্থায়ী রূপটি, যা বেশি দেখা যায় মহিলাদের মধ্যে, তার বৈশিষ্ট্য হল এক বা একাধিক নখের ভাঁজে স্বল্পবেদন তাকিয়ার মত স্ফীতি। স্ফীতিটি টিপলে বেদনাবোধ জাগে এবং মাঝে মাঝে তা থেকে পুঁজ নির্গত হয়। নখের ফলকে কিছু আনুষঙ্গিক বিকৃতিও থাকে। পেশাগত আঘাত—রাসায়নিক অথবা ভৌত যাই হোক না কেন, কিংবা যে-পেশায় হাত ভিজিয়ে কাজ করতে হয়, প্রদাহের পূর্বানুকূল অবস্থা সৃষ্টি করে। প্রায়ই দেখা যায় প্রান্তীয় রক্ত সংবহনে ঘাটতি পড়েছে এবং শীতের সময় পুনরাক্রমণ ঘটছে। সাধারণত সংক্রমণ হয় স্ট্যাফাইলোকক্কাস অথবা মনিলিয়া মারফৎ। শিশুদের ক্ষেত্রে মনিলিয়াই। চিকিৎসাঃ হাতদুটি যথাসম্ভব শুকনো এবং গরম রাখা দরকার। প্রান্তীয় রক্ত সংবহনে ঘাটতি থাকলে দিনে 3 বার 50 মিলিগ্রাম মাত্রায় নিকোটিনিক অ্যাসিড দিতে হবে। শ্রান্ত গৃহবধুর ক্ষেত্রে বিশ্রাম এবং প্রশান্তকারী ওষুধের গুরুত্ব আরও বেশি। শল্য চিকিৎসার কোন প্রয়োজন হয়না, বাঞ্ছনীয়ও নয়। তবে পিগমেণ্ট রিসোরসিনের মত প্রলেপ লাগানো উচিত; রিসোরসিন 1·5, অ্যাসিটোন

1·0, বোরিক অ্যাসিড 1·0, জল মোট 60 পর্যন্ত একত্রে মিশিয়ে একটি ব্রাশ দিয়ে নখের ভাঁজে লাগাতে হবে।

নখের ভাঁজে নানা রকম অবস্থার উদ্ভব হতে পারে: সাধারণত হয় আঁচিল (§ 741) অথবা পুঁজযুক্ত দানাদার টিস্যুর টিউমার (§ 733); সিফিলিসের শ্যাঙ্কারও হতে পারে। রক্তিমাভ লুপাসের (§ 631) অন্যতম বৈশিষ্ট্য হল নখের ভাঁজে কৈশিক জালিকার স্ফীতি ও অবক্ষয়। এপিলোইয়ার (epiloia) বহিঃপ্রকাশ ঘটে নখের চতুর্দিকে মসৃণ আঁচিলের মত তন্তুজ টিউমার রূপে। হৃৎপিণ্ডের বীজাণু ঘটিত অন্তরপ্রদাহে অসলার (Osler) বর্ণিত যে পর্বের (বা গুটির) উদ্ভব হয় সেগুলি নখের ভাঁজে এবং আঙ্গুলের অগ্রভাগ ও পার্শ্বদেশেও ছড়িয়ে পড়তে পারে।

XI. নখের নিচে টিউমার:

নখের নিচে অস্থিবৃদ্ধি (exostosis) ঘটে পায়ের বৃদ্ধাঙ্গুষ্ঠের নখের ভিতরের প্রান্তে তন্তুজ পর্বাণুরূপে। রোগীর বয়স সাধারণত 12 থেকে 30-এর মধ্যে। বেশি দেখা যায় মহিলাদের পায়ে। চিকিৎসা অস্ত্রোপচার।

কৃষ্ণার্বুদ: নখের নিচে কিংবা চারিদিকে কৃষ্ণার্বুদের (melanoma) আবির্ভাব বিরল হলেও খুবই গুরুতর ব্যাপার। দেখে মনে হতে পারে বুঝি পুঁজযুক্ত দানাদার টিস্যুর টিউমার। খুব বেশি রঞ্জকান্বিত নাও হতে পারে। এক্ষেত্রে শুরুতেই অঙ্গচ্ছেদ করা আবশ্যিক।

সূক্ষ্ম ধমনিকা গঠিত টিউমারের উদ্ভব হয় নখের নিচে। ছোট্ট রক্তবর্ণ পর্বাণুটি অত্যন্ত বেদনাদায়ক, সামান্য আঘাতে মাঝে মাঝে উগ্রতর হয়ে ওঠে। কেটে বাদ দেওয়াই এর চিকিৎসা।

কখনো কখনো নখের মুক্ত প্রান্তের নিচে **সাধারণ আঁচিলও** হতে পারে।

চর্মরোগের চিকিৎসা

§ 784. সাধারণ নীতি:

চর্মরোগাক্রান্তরা প্রায়ই অতিরিক্ত মাত্রায় স্থানীয় প্রলেপ প্রয়োগের শিকার হন। এর মধ্যে অনেকগুলি অযৌক্তিক, এমনকি উপদাহক এবং সংবেদীকারক (sensitising)। চর্মের নিরাময় ক্ষমতা অসাধারণ; সুতরাং স্বাভাবিক আরোগ্য প্রক্রিয়াকে সাহায্য করার শারীরবৃত্তিক সূত্র অনুসারে

চিকিৎসার পরিকল্পনা করাই বাঞ্ছনীয়। অন্যথায় ইতিমধ্যেই উত্তেজিত দেহযন্ত্রকে অযথা আরও বেশি ভারাক্রান্ত করে তোলা হবে।

প্রতিটি চর্মপীড়াক্রান্তকে তাঁর ব্যাধিটি সংক্রমিত হওয়া সম্পর্কে যেমন আশ্বস্ত করা দরকার তেমনি রোগের উৎপত্তি ও পূর্বাভাসের ব্যাপারে সন্দেহ বা ভয় দূর করা উচিত। প্রয়োজন মত প্রশান্তিকর ও নিদ্রাকারক ওষুধ দিতে হবে। চর্মরোগ চিকিৎসায় অধিকাংশ ব্যর্থতার কারণ রোগীর চিকিৎসার দিকে যথেষ্ট নজর না দিয়ে ত্বকের অতি-চিকিৎসা করা।

বিশেষ বিশেষ কয়েকটি চর্মরোগের চিকিৎসা সম্পর্কে আগেই বর্ণনা করা হয়েছে। এখানে স্থানীয় প্রলেপগুলি নির্বাচন করার ব্যাপারে সাধারণ নীতিগুলি আলোচনা করা হচ্ছে এই উদ্দেশ্যে যে ওষুধের মাধ্যম বা বনিয়াদটি যেহেতু গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা নিয়ে থাকে তাই সক্রিয় উপাদানের মতই মাধ্যমটিও যথেষ্ট ভেবেচিন্তে নির্বাচন করা উচিত।

1. লো শ ন হল নিছক জলীয় দ্রবণ অথবা জলে বা জলীয় দ্রবণে মিশ্রিত চূর্ণ পদার্থের অস্থিতিশীল অবদ্রব (suspension)। যেসব লোশন সিক্ত পটি হিসাবে ব্যবহার করা যায় সেগুলি তীব্র ক্ষরণশীল অথবা মামড়ি পড়া অবস্থায় বিশেষ উপকারী। এগুলি পরিষ্কারক হিসাবে কাজ করে এবং অবাধে জল বাষ্পীভূত হওয়ার ফলে শীতল অনুভূতি দেয়; রস ক্ষরণ কমে গিয়ে চুলকানি কমাতেও সাহায্য করে। সাধারণত ব্যবহৃত হয় নরম্যাল সেলাইন, পটাস পারমাঙ্গানেট লোশন (1:5.000) অথবা বারো (Burrow) উদ্ভাবিত সলিউসন (1:40)। ক্যালামাইন লোশনের মত যে-সব লোশন ঝাঁকিয়ে ব্যবহার করা হয় তাদের চূর্ণ উপাদানগুলি জল বাষ্পীভবনে বিলম্ব ঘটায় বলে শীতলতা সৃষ্টিকারী প্রভাব অনেকক্ষণ স্থায়ী হয়। এগুলি ক্ষরণশীল বা মামড়ি পড়া অবস্থায় ব্যবহার করা উচিত নয় কারণ তাদের চূর্ণ উপাদানগুলি সিরামের সঙ্গে মিশে শক্ত পিণ্ড সৃষ্টি করে, তাতে রোগীর অস্বস্তি আরও বৃদ্ধি পায়।

2. চূর্ণ পদার্থগুলি (পাউডার) ব্যবহার করা হয় অতিরিক্ত আর্দ্রতার অবশোষণ এবং ত্বক কোমল হয়ে যাওয়া নিবারণের জন্যে। ট্যালক্ (talc)[1] পাউডার ত্বকের গায়ে ভালভাবে আসঞ্জিত হয়না বলে জিঙ্ক

1. Talc—ম্যাগনেসিয়াম ও অ্যালুমিনিয়াম সিলিকেট-এর সংমিশ্রণ

অকসাইড-এর সঙ্গে মিশিয়ে নিতে হয়; জিঙ্ক খুব ভারী হওয়ার জন্যে সমানভাবে ছড়ানো যায়না, একক ব্যবহারও করা যায়না। শ্বেতসারযুক্ত পাউডার ব্যবহার না করাই ভালো কারণ ত্বকের দুই ভাঁজ যেখানে পরস্পর সংলগ্ন সেখানে ওগুলি দীর্ঘদিন ব্যবহারে গাঁজ সৃষ্টি করে।

3. মা লি শ (liniment) হচ্ছে তেল ও জলের অস্থিতিশীল অবদ্রব (emulsion) যার সঙ্গে চূর্ণ পদার্থ মিশানো থাকতে পারে অথবা নাও পারে। তীব্র প্রদাহমূলক অবস্থায় লোশিও ক্যালামিনা ওলিয়োসাস মালিশ করলে এবং পালটাপালটি সিক্ত পটির দ্বারা সেঁক দিলে উপকার পাওয়া যায়। অনতিতীব্র প্রদাহেও একইভাবে ব্যবহার করা যেতে পারে।

4. হা ই ড্রো কা র্ব ন যু ক্ত ম ল মে র মা ধ্য ম—যেমন নরম মোম একটি স্থিতিশীল এবং রাসায়নিক চরিত্রের দিক থেকে নিষ্ক্রিয় পদার্থ, কিন্তু চটচটে এবং অপ্রীতিকর। এই মাধ্যমগুলি ত্বকের উপর প্রতিবন্ধক স্তর সৃষ্টি করার জন্যে স্বেদ এবং ক্ষরিত রস নির্গত হতে পারেনা; তীব্র প্রদাহমূলক বিশৃঙ্খলায় এগুলি কখনো ব্যবহার করা উচিত নয়। অবশ্য সোরিয়াসিসে এবং অন্য কিছু কিছু শল্কযুক্ত চর্ম-প্রদাহে অভেদ্য প্রলেপের কোমলতা সৃষ্টিকারী সুবিধা থাকে। ডাইথ্রানল[1] মলম ও আলকাতরা, স্যালিসিলিক অ্যাসিড এবং অ্যামোনিয়া ঘটিত মার্কারিযুক্ত মলম এই ধরনের নরম মোমের মাধ্যম দিয়ে তৈরি করা হয়।

5. ক্রী ম গু লি তেল ও জলের অবদ্রব। ক্রীমে যে-সব ওষুধের উপকরণ থাকে সেগুলি অন্যান্য মাধ্যমের তুলনায় ত্বকের ঘনিষ্ঠ সংস্পর্শে আসে। অবদ্রব মাধ্যম হয় দু-রকমের—জলে তেল এবং তেলে জল মিশানো। জলে তেল মিশানো অবদ্রবে তৈলবিন্দুগুলি জলে ছড়িয়ে পড়ে একটি নিরবচ্ছিন্ন বা বহিঃস্তর তৈরি করে, আর তেলে জল মিশানো অবদ্রবে তেল তৈরি করে বহিঃস্তর। ক্রীমে মিশানো ওষুধের উপকরণগুলির সর্বাধিক অনুপ্রবেশ ঘটে যদি তারা বহিঃস্তরে দ্রবণীয় হয়। এই দুই ধরনের অবদ্রবই অঙ্গরাগ হিসাবে মনোরম এবং জলীয় অংশটি বাষ্পীভূত হওয়ার ফলে শীতলতা বোধ হয়; উভয়েই ত্বককে বিধৌত করে। তেল-জল মিশানো ক্রীমগুলি অনতিতীব্র প্রদাহে উপকারী। উদাহরণ হিসাবে দস্তার ক্রীম

1. Dithranol

এবং ল্যানোলিন-এর উল্লেখ করা যেতে পারে, যদিও শেষোক্তটি তৈলাক্ত এবং দুর্গন্ধযুক্ত। অ্যালকহল-ল্যানি[2] মলমে থাকে পশমের অ্যালকহলের সঙ্গে নরম এবং তরল মোম; মাধ্যম হিসাবে এটি মূল্যবান; এর মোম উপাদানটি ত্বকের উপর যে পাতলা তৈলাক্ত প্রলেপ রেখে যায় তাতে ত্বক শুকিয়ে যাওয়া নিবারিত হয়। জলীয় মলমে (ung. aquosum) থাকে কিছু অতিরিক্ত জল। অবদ্রব মলম হচ্ছে জলে তেল মিশানো অবদ্রব; এগুলি ধুলে সহজেই উঠে যায় বলে করোটি-চর্মে ব্যবহার করার পক্ষে সুবিধাজনক। "বিলীয়মান ক্রীম" হিসাবে এগুলি ত্বককে শুকনো রাখে এবং ঘর্মমেদস্রাবী অবস্থায় উপকার দেয়। বহু মালিকানি ক্রীমে থাকে পলিইথিলিন গ্লাইকল যা প্রকৃতপক্ষে জলে তেল মিশানো অবদ্রব।

6. লেই বা পেস্টে থাকে প্রচুর পরিমাণ কঠিন পদার্থের গুঁড়া। লাসার (Lassar) বর্ণিত লেইতে থাকে শতকরা 50 ভাগ চূর্ণ পদার্থ। আবার অনেক নরম লেইতে তাদের পরিমাণ শতকরা 20 থেকে 30 ভাগ। লেইগুলি মলমের মত অতটা অবরোধক নয় বলে ঘাম ও ক্ষরিত রস অবশোষণ করতে পারে। এরা প্রতিরক্ষী হিসাবে কাজ করে এবং মুদ্রারূপী একজিমার মত অবস্থায় বিশেষভাবে কার্যকর।

§ 785. **অ্যান্টিবায়োটিক ও স্টেরয়েড ঃ** চর্মের উপরতলের বিভিন্ন সংক্রমণে অ্যান্টিবায়োটিক প্রলেপ ভালই কাজ করে। কিন্তু দীর্ঘদিন প্রয়োগে রোগী সংবেদী হয়ে যাওয়ার ঝুঁকি থাকে, সঙ্গে অ্যান্টিবায়োটিক-প্রতিরোধী বীজাণু-গোত্রের হার বৃদ্ধিরও সম্ভাবনা। পেনিসিলিন ও ক্লোরামফেনিকল সহজেই ত্বককে সংবেদী করে ফেলে বলে স্থানীয়ভাবে প্রয়োগের সুপারিশ সাধারণত করা হয়না। টেট্রাসাইক্লিন সংবেদ্যতা সৃষ্টি করে খুব কম এবং নিয়োমাইসিন সচরাচর তা করেনা; এগুলির বীজাণুবিরোধী চৌহদ্দী বিস্তৃত, তাই প্রাথমিক মনোনয়ন করা হয় এদেরকেই। সাধারণত এক সপ্তাহের বেশি প্রয়োগ করার প্রয়োজন হয়না।

বহু দীর্ঘস্থায়ী চর্মরোগে ভায়োফর্ম, কুইনোলোর, গন্ধক, অ্যানিলিন রঞ্জক এবং পারদ ঘটিত ওষুধগুলি বেশ ফলপ্রসূ এবং অ্যান্টিবায়োটিকের পরিবর্তে এগুলিই ব্যবহৃত হয়ে থাকে।

স্টেরয়েড: পেমফিগাস, পেমফিগাস সদৃশ অবস্থা এবং তন্ত্রীয় রক্তিমাভ লুপাসে এসিটিএইচ, কর্টিসোন, প্রেডনিসোন বা প্রেডনিসোলোন-

-এর মত ওষুধগুলি জীবনরক্ষাকারী হিসাবে কাজ করে। কিন্তু ত্বকের ছত্রাক সংক্রমণে, ত্বককাঠিন্যে এবং একাধিক ধমনী-প্রদাহে এদের কার্যকারিতা সন্দেহজনক এবং সঙ্গতিহীন। শল্কমোচনশীল চর্ম-প্রদাহে এই ওষুধগুলি লক্ষণ নিয়ন্ত্রণ করলেও দীর্ঘকাল ধরে রক্ষণ-মাত্রায় (maintenance dose) প্রয়োগ করতে হয়। কোন ওষুধে বিরূপ প্রতিক্রিয়া ঘটলে এবং স্পর্শ-সংক্রামক চর্ম-প্রদাহের সময় সংক্ষেপ করার ব্যাপারে অল্পমাত্রায় প্রেডনিসোন যথেষ্ট সাহায্য করে। যদি রোগীকে ভালভাবে পরীক্ষা করে বোঝা যায় যে কোন প্রতিনির্দেশ নেই, তবে রোগের উগ্র অবস্থাতেও এই ওষুধ ব্যবহার করা যায়। অতি তীব্র লিকেন প্লেনাসে কর্টিসোন, প্রেডনিসোন অথবা ট্রায়ামসিনোলোন[1] দিয়ে চিকিৎসা করা যেতে পারে। কিন্তু অধিকাংশ দীর্ঘস্থায়ী একজিমায় কিংবা সোরিয়াসিসে স্টেরয়েড ব্যবহার করা উচিত নয়।

সময় সময় স্থানীয়ভাবে অনাবশ্যক হাইড্রোকর্টিসোন প্রয়োগের ব্যবস্থা-পত্র দেওয়া হয়। শৈশবের একজিমা, মুখে এবং মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকার একজিমা, লিকেন সিমপ্লেকস্, মলদ্বার ও যৌনাঙ্গ এলাকার চুলকানি এবং বহিঃকর্ণের প্রদাহে এই ওষুধটি বিশেষ উপকারী। সংক্রমণ থাকলে সঙ্গে নিয়োমাইসিন কিংবা ক্লোরোটেট্রাসাইক্লিন যোগ করা যায়। কিন্তু দেহের অন্যান্য স্থানের একজিমায় অথবা অন্যান্য অবস্থায় এটি ফলপ্রসূ হয়না কিংবা সাধারণ প্রলেপের চেয়ে উন্নততর কিছু নয়। যদি শতকরা 1·0 ভাগ মাত্রায় ওষুধটি ফলপ্রদ হয়, শতকরা 0·5 ভাগ দিয়ে চিকিৎসা চালিয়ে যাওয়া সম্ভব।

দীর্ঘস্থায়ী একজিমায় নিয়মিত ব্যবহারের পক্ষে সবচেয়ে সস্তা হল ট্রায়ামসিনোলোন, শতকরা 0·01 ভাগ। ভালভাবে অবশোষিত হয় বলে দীর্ঘস্থায়ী রক্তিমাভ লুপাসে এবং সোরিয়াসিসে শতকরা 0·025 ভাগ ফ্লুয়োসিনোলোনযুক্ত মলম বেশ কার্যকর। কিন্তু ব্যাপকভাবে, বিশেষ করে শিশুদের ক্ষেত্রে এটি প্রয়োগ করা উচিত নয়। স্থানীয়ভাবে ট্রায়ামসিনোলোন কিংবা ফ্লুয়োসিনোলোন-এর কার্যকারিতা যথেষ্ট বৃদ্ধি পেতে পারে যদি ঐ ওষুধগুলি পলিথিনের অবরোধক পটি দিয়ে ঢেকে প্রলেপ হিসাবে লাগানো যায়। সোরিয়াসিসে এবং দীর্ঘস্থায়ী একজিমায় তাই করা হয়।

লিকেন সিমপ্লেক্সে, আঁচিলের মত প্লেনাসে এবং অত্যন্ত দীর্ঘস্থায়ী চতুর্দিক বেষ্টিত সোরিয়াসিসে স্ফোটক বা ক্ষতের মধ্যে হাইড্রোকর্টিসোন ইনজেকসন সবচেয়ে বেশি কার্যকর। দানাদার টিস্যুর বলয়াকার টিউমার, নেক্রোবায়োসিস লিপয়ডিকা (§ 751-iii), চক্র সদৃশ রক্তিমাভ লুপাস এবং অন্যান্য কিছু কিছু ক্ষেত্রে এই পদ্ধতি গ্রহণে উপকার পাওয়া যায়।

§ 786. **চুলকানির চিকিৎসা**ঃ এই লক্ষণটি আপনা থেকেই যদিবা উপশম হয়, সঙ্গে সঙ্গে তার কারণটিরও যুক্তিসঙ্গত চিকিৎসা হওয়া উচিত। স্থানীয় চুলকানি-বিরোধী ওষুধ হিসাবে ব্যবহার করা হয় আলকাতরা (tar), ফিনল (শিশুদের ক্ষেত্রে এড়িয়ে যাওয়াই ভাল) এবং মেনথল। প্রোকেন গোষ্ঠির মত স্থানীয় অসাড়তা সৃষ্টিকারী পদার্থগুলি কার্যকর বটে, কিন্তু শক্তিশালী সংবেদকারক হওয়ায় কয়েক দিনের বেশি ব্যবহার করা উচিত নয়। হিস্টামিন-বিরোধী ক্রীমগুলির কার্যকারিতা যেমন সন্দেহজনক তেমনি চর্ম-প্রদাহ সৃষ্টি করতে পারে। লোশন অথবা মলম হিসাবে হাইড্রোকর্টিসোন (0·5-1·0 শতাংশ) প্রদাহমূলক অবস্থায়, বিশেষ করে মুখে এবং মলদ্বার-যৌনাঙ্গ এলাকায় চুলকানি কমানোর পক্ষে বিশেষ মূল্যবান। মুখ দিয়ে হিস্টামিন-বিরোধী ওষুধ সেবনে আস্বাতের উপদহন কমে যায়, কিন্তু অন্যান্য ক্ষেত্রে আহা-মরি কিছু নয়। তার চেয়ে ভাল অ্যাসপিরিন—এককভাবে অথবা ব্রোমাইড কিংবা বারবি-টিউরেট-এর সঙ্গে যুক্তভাবে।

পরিশিষ্ট

এই খণ্ডের পরিভাষা

Abducent	বহিশ্চালন
Acanthosis	বহিশ্চর্মের স্থূলতা
Acrocyanosis	হাত-পায়ের প্রান্ত নীলাভ হয়ে যাওয়া
Acuminate	তীক্ষ্ণাগ্র
Adam's apple	কণ্ঠমণি
Aestivale	গ্রীষ্মকালীন
Albinism	শ্বেতী
Alopecia	কেশহীনতা, টাক পড়া
Angitis	রক্তনালী-প্রদাহ
Ankle	গুল্‌ফ্‌-সন্ধি
Ankylosis	অচল সন্ধি
Anonychia	নখহীনতা
Annular	বৃত্তাকার
Anterior process	পুরোপ্রবর্ধক ; সম্মুখস্থ উদ্‌গত অংশ
Areata	স্থানিক কেশহীনতা
Areola	বৃন্ত বেষ্টনী
Arthrodesis	অস্ত্রচিকিৎসার দ্বারা সন্ধির পুনঃস্থাপন
Arthropathy	সন্ধিব্যাধি
Arytenoid	কলসাকৃতি ; পিরামিডরূপী
Asteatosis	ঘর্মমেদ ক্ষরণ হ্রাস জনিত শুষ্ক সৃষ্টি
Atopy	অতিসংবেদ্যতার বংশানুক্রমিক প্রবণতা
Auditory tube	শ্রুতি নালিকা
Avulsion	ছিঁড়ে বা কেটে ফেলা

Brachial	বাহুদেশীয়
Barnacles	শামুক ; গুগলি
Bizarre	উদ্ভট
Blepharitis	অক্ষিপত্র-প্রদাহ
Blotches	দাগ ; ফুসকুড়ি
Bruise	কালশিরা
Callosity	চর্মকাঠিন্য
Canitis	শুভ্র কেশ
Cataplasm	পুলটিস
Caustic	দাহক
Cautery	বিদেহক
Cephalic	শিরোমুখী
Cerumen	(মোম জাতীয়) কর্ণমল
Celiac	উদরীয়
Chloasma	ঘন রঞ্জকায়ন
Cholinergic	কোলিন নিঃস্রাবী
Chromidosis	রঙিন স্বেদ ক্ষরণ
Cilia	পক্ষ্ম
Ciliary body	পক্ষ্মপিণ্ড
Clitoris	ভগাঙ্কুর
Cochlea	শম্বুকর্ণ
Comedone	কেশের প্রসারিত কোষথলির মধ্যে কেরাটিন ও মর্মমেদ গঠিত অবরোধক
Configuration	সাধারণ চেহারা
Contraction	সঙ্কোচন ও হ্রস্বতা প্রাপ্তি
Counter irritant	প্রতিউত্তেজক
Coxavera	ফিমার অস্থির গলা নিচের দিকে বেঁকে যাওয়া
—valga	„ „ „ উপরের „ „

Cricoid	বৃত্তাকার তরুণাস্থি ; ক্রিকয়েড
Cuniform	কীলকরূপী
Defervescence	জ্বর বিরাম
Dellusion	অমূলপ্রত্যয়
Dementia	চিত্তভ্রংশ
Dermis	অন্তস্তক
Dermobrasion	ত্বক মসৃণ করা
Dermographism	ত্বকলেখ
Desensitisation	অতিসংবেদ্যতা-মুক্তি
Diaphysis	দীর্ঘাস্থির কাণ্ড
Discoid	চক্র সদৃশ
Dislocation	সন্ধিচ্যুতি
Drainage	নিকাশি পথ
Dysostosis	অস্থিকলার ত্রুটিপূর্ণ পরিণতি
Dysplasia	গঠন ত্রুটি
Dystrophia	অপুষ্টি
Ear drum	কর্ণপটহ
Eburnation	ক্ষয়িষ্ণু অস্থি কঠিন ও মসৃণ হয়ে যাওয়া
Echymosis	কালশিরা
Ectoderm	বহিস্তক
Ectropion	অক্ষিপল্লবের বহির্মুখিতা
Enchondroma	তরুণাস্থির টিউমার
Endothelium	অন্তরঝিল্লী
—Reticulo endothelial system	জালীয় অন্তরঝিল্লীতন্ত্র
Epidermis	উপস্তক ; বহিশ্চর্ম
Epidermolysis	শিথিল উপস্তক
Epiglotis	উপজিহ্বা

Epilating	লোমধ্বংসী
Epiphysis	অস্থির মুক্ত প্রান্ত
Erythromelalgia	হাতে-পায়ে জ্বালাকর ব্যথা ও রক্তিমাভা
Erythroderma	অস্বাভাবিক রক্তিম ত্বক
Evanescent	বিলীয়মান
Excoriation	বহিশ্চর্ম মোচন ; ছাল উঠে যাওয়া
Excrescence	অস্বাভাবিক অঙ্গবৃদ্ধি
Exostosis	অস্থির অবিষম উদ্গত অংশ
External auditory meatus	বহিঃস্থ কর্ণকুহর
Extensor	বহির্বিস্তারী
Exudate	নিঃস্রাব
Facial	আননীয় ; মুখাবয়বীয়
Farinaceous	শ্বেতসারজ
Fascia	তন্তু গঠিত পেশী সংযোজী পাতলা চাদর
Femoral	উরুদেশীয়
Filiform	সুতোর মত
Flaccid	শিথিল
Flat foot	চেটাল পা
Flexure	বাঁক
Follicle	কোষথলি
Folliculitis	কোষথলি-প্রদাহ
Frontal bone	ললাটাস্থি ; পুরোকরোটি
Furunculosis	স্ফোটকী ; ছোট ছোট ফোড়া
Furfuraceous	ভুষির মত ; খুসকি
Gleet	দীর্ঘস্থায়ী গনোরিয়া প্রসূত ইউরেথ্রা প্রদাহ
Glomus	সূক্ষ্ম ধমনিকা গঠিত টিউমার
Grafting	অনুরোপণ

Granuloma	দানাদার টিস্যু গঠিত টিউমার
Gummata	উপদংশার্বুদ ; গামেটা
Guttate	বিন্দুবৎ
Haemoangioma	রক্তনালী গঠিত টিউমার
Hemianopia	দৃশ্যপটের অর্ধেক অন্ধকারময়
Herpetiform	হারপিস সদৃশ
Hidradenitis	স্বেদগ্রন্থি-প্রদাহ
Hidrosis	স্বেদ নিঃসরণ
Hip	নিতম্ব
Hirsutism	মহিলাদের কেশবাহুল্য
Host	পোষক
Hydrarthrosis	সন্ধিমধ্যে রসসঞ্চয়
Hydroa	সূর্যালোক প্রসূত স্ফোটক
Hyperkeratosis	ত্বকস্থূলতা (শৃঙ্গ স্তরের)
Hyperostosis	অস্থির অতিবৃদ্ধি
Hypoglossal	জিহ্বামূলীয়
Icthyosis	মীনচর্মিকা (শুকনো কর্কশ শল্কযুক্ত)
Impetigo	চর্মদল ; ইমপেটিগো
Incubation period	উপ্তিকাল
Indolent	স্বল্পবেদন ; প্রায় বেদনাহীন
Innominate	অনামী
Insiduous	প্রচ্ছন্ন ; অজ্ঞাতে
Intertrigo	ত্বকের দুই পাটের ঘর্ষণ জনিত প্রদাহ
Irritation	উপদহন
Isomorphic	সমাকৃতি
Keratoderma	ত্বকস্থূলতা (শৃঙ্গস্তরের অতিবৃদ্ধি)
Keratisis	কর্নিয়া-প্রদাহ
Keratosis	কঠিন চর্মপিণ্ড

Kerion	শিরশ্চর্মের পুঁজক দাদ
Koilonychia	চামচের মত নখ
Kraurosis	যোনিদ্বারের কঠিন ক্ষয়িষ্ণুতা
Lamina	ফলক ; পত্রস্তর
Lentigo	ফোঁটা-ফোঁটা দাগ
Lepromatous	কুষ্ঠ জীবাণুবহুল পর্বাণু বা গুটিকা
Leuconychia	সাদা নখ
Lichenification	ত্বক পুরু ও শক্ত হয়ে যাওয়া
Liniment	প্রলেপ ; মালিশ
Liontiasis	সিংহমুখাকার (কুষ্ঠ)
Livedo	ত্বকে বিবর্ণ ছোপ
Lymphadenitis	লসিকা গ্রন্থির প্রদাহ
Lymphangioma	লসিকা নালীর টিউমার
Lypodistrophy	মেদক্ষয়
Maintenance dose	রক্ষণ মাত্রা
Malleolus	পায়ের গাঁট
Melancholia	বিষণ্ণতা
Melanoma	কৃষ্ণার্বুদ
Melanosis	ত্বককৃষ্ণতা
Mesenchymal	ভ্রূণাবস্থার
Metaphysis	দীর্ঘাস্থির প্রান্তপূর্ব চওড়া অংশ
Molluseum	কম্বোজ রোগ
Monilethrix	জপমালার গুটির মত
Monoplagia	একটি অঙ্গের পক্ষাঘাত
Morphea	পরিবর্তিত সংযোজক কলা গঠিত চাপড়া
Morphology	গঠনতত্ত্ব
Mottled	বিচিত্রিত

Mycelium	ছত্রাক তন্তু
Naevus	জন্মতিলক ; জড়ুল
Natal	জন্মগত
Neoplasm	নব কলায়ন ; নতুন অঙ্গবৃদ্ধি
Neuralgia	স্নায়ুশূল
Neuroma	স্নায়ুর টিউমার
Node	পর্ব
Nodule	পর্বাণু
Numular	মুদ্রাকৃতি
Occipital	পশ্চাৎ-করোটি
Occlusion	বন্ধ হয়ে যাওয়া
Occulogeric	অক্ষিগোলকের সচলতা সম্পর্কিত
Ochronosis	বিপাক ক্রিয়া প্রসূত রঞ্জকায়ন
Oncho	টিউমার
Onychia	নখভূমির প্রদাহ
Onychogryphosis	পশু-পাখীর নখরের মত বাঁকা নখ
Onycholysis	ভূমিবিচ্ছিন্ন নখ
Onychauxis	স্থূল নখ
Ossicle	অস্থিকা
Osteoclasis	অস্থিটিস্যু বৃদ্ধিকারী প্রোটিন গঠিত জমিন বর্ধিত হারে ধ্বংস হওয়া
Osteophyte	অস্থির উদ্‌গত অংশ
Otolythic organ	কর্ণকঙ্কর যন্ত্র
Palindromic	পৌনঃপুনিক
Panniculitis	উদরগাত্র শক্ত হয়ে যাওয়া
Papilloedima	অক্ষি-পিড়কার শোথ

Paraesthesia	ব্যাধিগ্রস্ত অনুভূতি
Paranoid	ভ্রান্তি-বাতুলতা
Pare	ছেঁটে ফেলা
Parietal	পার্শ্বকরোটি
Perniosis	তুষার ক্ষতের রক্তিমা
Paronychia	নখের চতুর্দিকে সংক্রমণ ও প্রদাহ
Pediculosis	উকুন রোগ
Peeling	নির্মোচন
Pemphigns	বিম্বিকা ; পেমফিগাস
Perilymph	অন্তঃকর্ণরস
Perstance	নিরবচ্ছিন্ন
Petechiae	ত্বকে রক্তস্রাব জনিত বেগনি ছোপ
Physiotherapy	প্রাকৃতিক কায়চিকিৎসা
Pigmentation	রঞ্জকায়ন
Pilitorti	কুঞ্চিত কেশ
Pilus (Pilar)	কেশ (কেশ সম্পর্কিত)
Pityriasis	খুসকি, ভুসির মত আঁশযুক্ত চর্মপ্রদাহ
Plexiform	জালকাকৃতি
Poikiloderma	রঞ্জকান্বিত ত্বক ক্ষয়িষ্ণুতা
Poliosis	অকাল-শুভ্র কেশগুচ্ছ
Polymorphic	বহুরূপী
Pompholyx	বিম্বিকা
Progeria	অকালবার্ধক্য
Proximal	কেন্দ্র সন্নিধ
Prurigo	চুলকানি ; ত্বককুণ্ডু
—gestivalis	গ্রীষ্মকালীন চুলকানি
Pruritus	প্রচণ্ড চুলকানি

Psychosomatic	মনোদৈহিক
Puckered	কুঞ্চিত ; পাকানো
Punctiform	বিন্দুবৎ
Racemose	আঙ্গুরগুচ্ছ সদৃশ
Rarefaction	তনুভবন
Refered pain	আরোপিত ব্যথা
Remedy	নিরাময়ক
Resolution	বিশ্লিষ্ট ও গলিত হওয়া
Restitution	পুনঃস্থাপন ; পূর্বাবস্থায় প্রত্যাগমন
Rete	জালিকা
Retention	ধারণ
Reticuloendothelial system	জালীয় অন্তরঝিল্লী তন্ত্র
Retina	অক্ষিপট
Retraction	প্রত্যাকর্ষণ
Retro	পশ্চাৎ
Retroversion	পশ্চাৎচ্যুতি
Rheumatoid	বাতকল্প
Rhinophyma	রক্তিম স্ফীতিযুক্ত নাক
Rhinophonia	অনুনাসিকতা
Ridge	শিরাল ; আল
Rudimentary	অবর্ধিত
Saccule	থলিকা
Scleroderma	ত্বককাঠিন্য
Scurfy	মামড়ি বা মরামাসযুক্ত
Scutulum	পিরিচাকার মামড়ি
Segment	বৃত্তাংশ
Sensory	সংজ্ঞাবহ

Sone	স্বরমাত্রা
Sonorous	সুনাদী
Soporific	গাঢ় নিদ্রাকারক
Sore	দাহ
Spastic	আক্ষিপ্ত
Sphenoid	কীলকাকার
Sphincter	রন্ধ্র নিয়ন্ত্রক
Spirometer	শ্বসন বায়ু মাপক
Splint	অনড়ফলক
Spore	বীজগুটি
Stasis	রক্ত সংবহন বন্ধ হওয়া
Stoma	মুখরন্ধ্র
Stomatitis	মুখবিবর-প্রদাহ
Stranguary	মুত্রকৃচ্ছতা
Stress	চাপ ; পীড়ন
Stretor	নাসাধ্বনি
Stupor	হতচেতনা
Subclavian	অধোকণ্ঠ
Subclinical	অবনিদানিক
Subculture	উপরোপণ
Subnormal	ঊনমান
Sudamina	ঘামাচি
Sudor	ঘাম
Sulcus	খাঁজ
Sycoses	লোমকূপ-প্রদাহ
Tease	সূচের সাহায্যে ছড়িয়ে দেওয়া
Telangiectasia	কৈশিক জালিকার স্ফীতি জনিত ছোপ

Temporal (bone)	কর্ণমূলীয় ; রগ সম্পর্কিত (রগাস্থি)
Threshold	সংবেদনসীমা ; সর্বোচ্চ পর্যায়
Titre	বিক্রিয়াযোগ্য নিম্নতম পরিমাণ
Topical	স্থানিক
Trabeculation	তন্তুজ ফিতা সৃষ্টি
Transplantation	প্রতিস্থাপন
Tricho	কেশ
Trichotillomania	চুল ছেঁড়ার বাতিক
Trigeminal	ত্রিধা ; ত্রিগুণ
Trophic	পরিপোষণ সংক্রান্ত
Tubrosily	কন্দ
Tympanic cavity	কর্ণকুহর
Vagus	পরিব্রাজক
Varicelliform	জলবসন্ত সদৃশ
Vascularisation	রক্তময়তা
Vector	রোগবাহক
Vegetating	সক্রিয়
Venereal	যৌন সহবাস জনিত
Vesicle	স্ফোটক ; ফোস্কা
Vestibule	বিবরদ্বার (কর্ণ)
Viable	প্রাণ ধারণে সক্ষম
Vicarious	অস্থানিক
Vocal cord	স্বরতন্ত্রী
Wheal	চক্রাকার স্থানীয় শোথ
Xeroderma	ত্বকশুষ্কতা

বর্ণানুক্রমিক সূচী

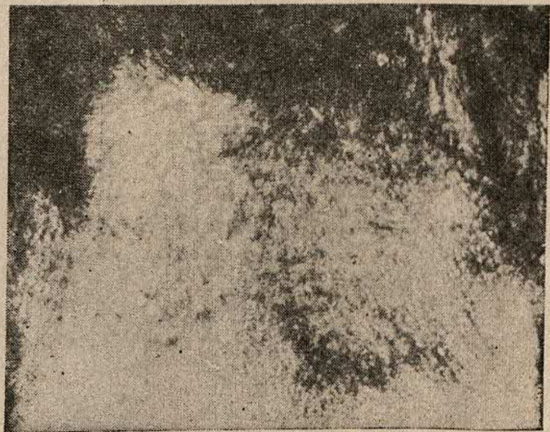
পৃষ্ঠা



চিত্র 204 : আঘাত জনিত টাক পড়া



চিত্র 205 : ক্ষতচিহ্নিত টাক পড়া



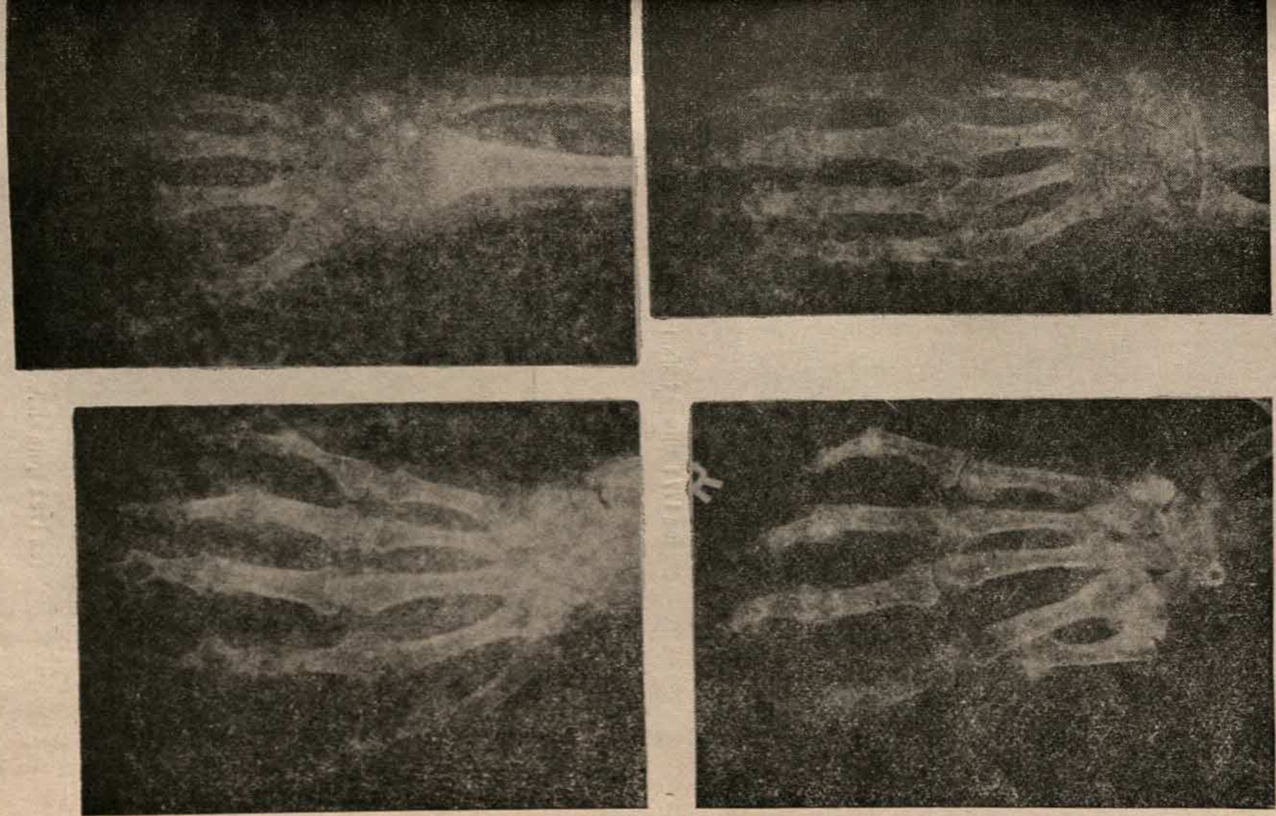
চিত্র 206 : ঘাড়ের মূলদেশে সরল ধরনের লিকেন



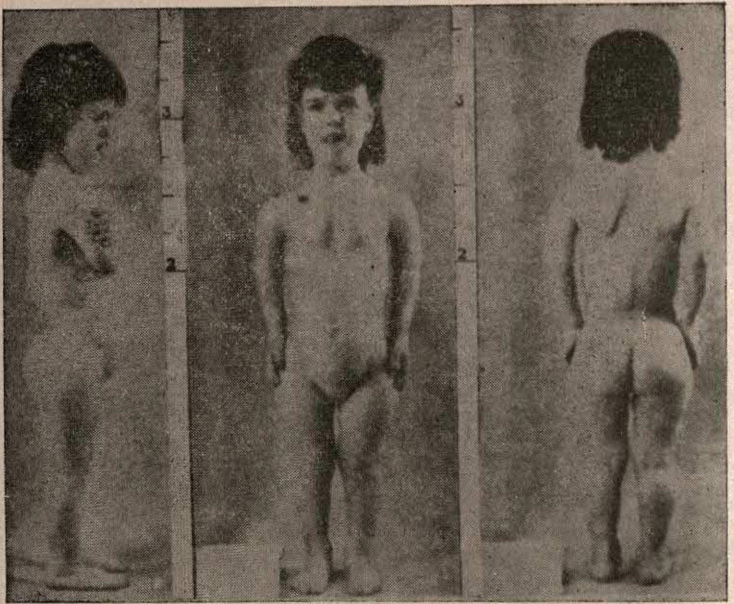
চিত্র 207 : নখের দাদ



চিত্র 208 : দীর্ঘস্থায়ী নখশূল



চিত্র 175 : (a) গেঁটেবাতের অগ্রসর অবস্থা—কূর্চাস্থি ও অঙ্গুলিনলকের প্রান্তদেশে ক্যালসিয়াম ক্ষয়। (b) গনোরিয়া প্রসূত মণিবন্ধ ও কবজির সন্ধি-প্রদাহ। (c) অস্থি ও সন্ধির প্রদাহ। (d) আদর্শ রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহে অস্থির ক্যালসিয়াম ক্ষয়।



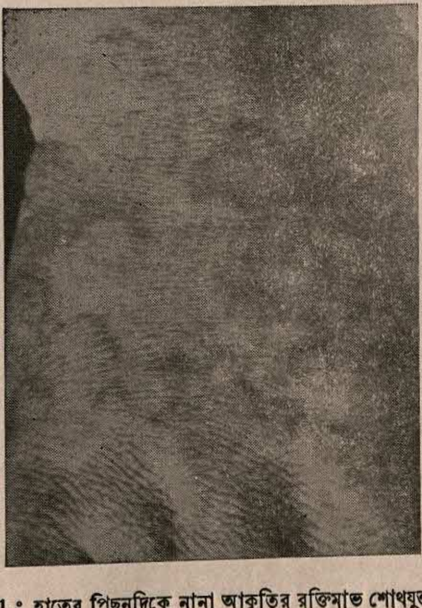
চিত্র 177 ঃ অ্যাকণ্ড্রোপ্লেসিয়া



চিত্র 178 ঃ লুপাস ইরিথিমেটোসাস



চিত্র 180 ঃ মুখের শ্লেষ্মাঝিল্লীতে লিকেন প্লেনাস



চিত্র 181 ঃ হাতের পিছনদিকে নানা আকৃতির রক্তিমাভ শোথযুক্ত পিড়কা



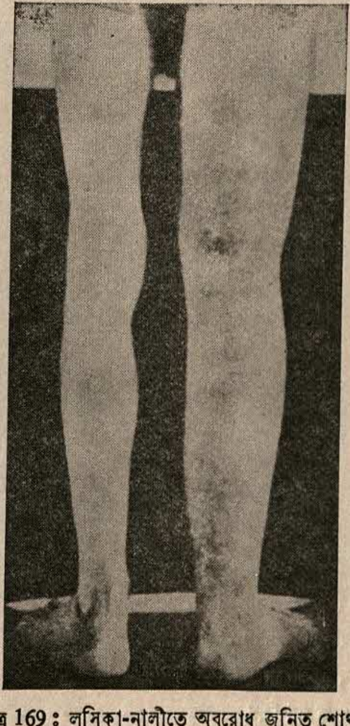
চিত্র 182 ঃ বলয়াকার গ্র্যানুলোমা



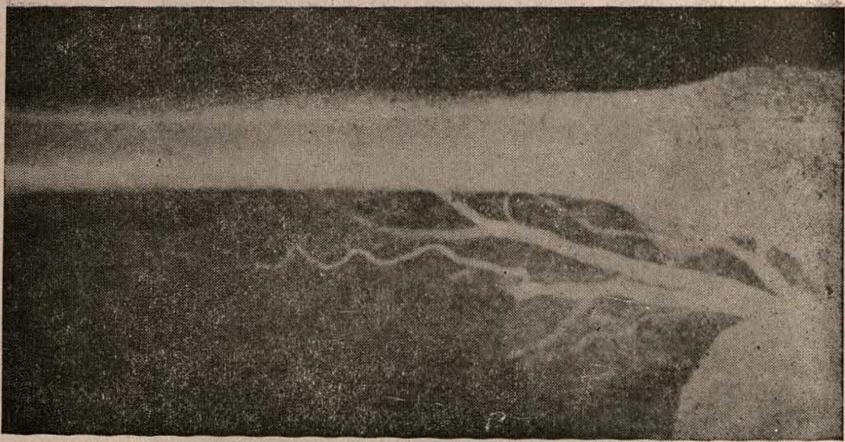
চিত্র 184 ঃ একজিমা সদৃশ চর্ম-প্রদাহ—শক্তিশালী বীজাণুবারক ব্যবহারের ফল



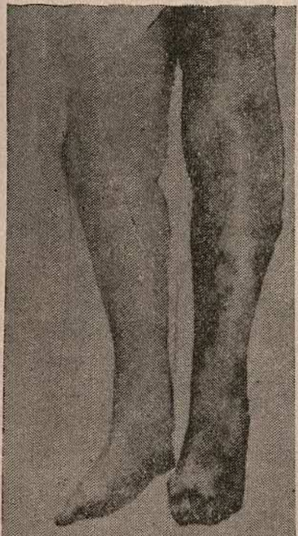
চিত্র 168 : লোহার ঘাটতি জনিত অ্যানিমিয়াক্রান্ত মহিলার অবতল নখ



চিত্র 169 : লসিকা-নালীতে অবরোধ জনিত শোথ



চিত্র 170 : ফিমর‍্যাল ধমনীর মধ্যে ডায়াডোন ইনজেকসন দ্বারা ধমনী-চিত্রণ



চিত্র 171 (a) : অরিক্‌ল্‌-এর কম্পন প্রসূত বাম কামন-ইলিয়াক ধমনীতে রক্তপিণ্ডের দ্বারা অবরোধ এবং তা থেকে গ্যাংগ্রিন



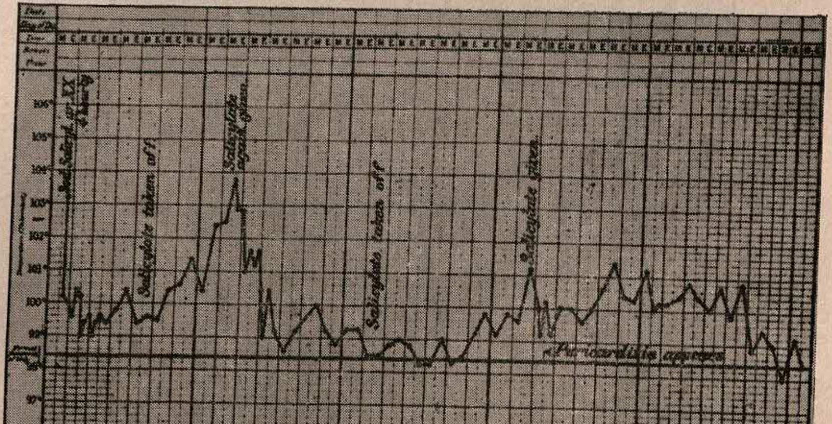
চিত্র 171 (b) : ডায়াবিটিস রোগীর দ্বিতীয় ও তৃতীয় পদাঙ্গুলিতে শুকনো গ্যাংগ্রিন



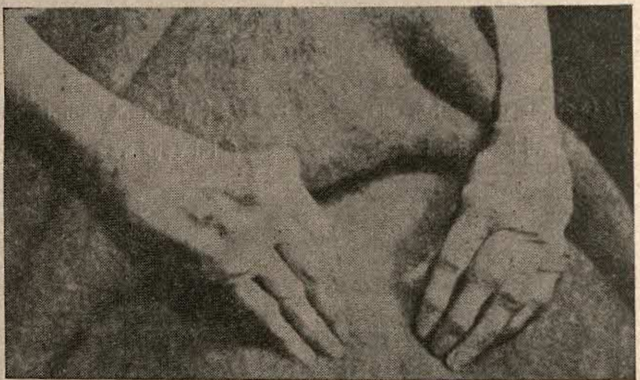
চিত্র 172 (a) : ৩০ বছর বয়সী মহিলার ইরিথ্রোমেলালজিয়া



চিত্র 172 (b) : ইরিথ্রোমেলালজিয়ায় আক্রান্ত রোগী যতদুর সম্ভব মুঠি বন্ধ করেছেন



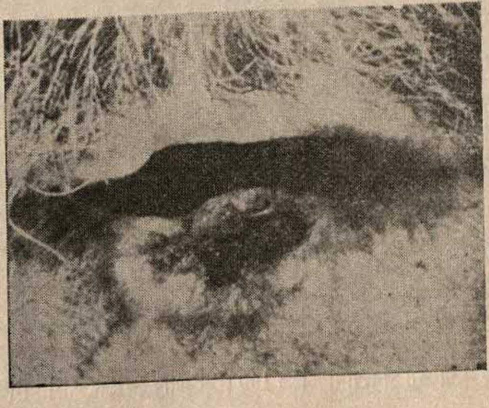
চিত্র 173 : বাতজ্বর। সোডিয়াম স্যালিসিলেট খাইয়ে জ্বর কমেছে



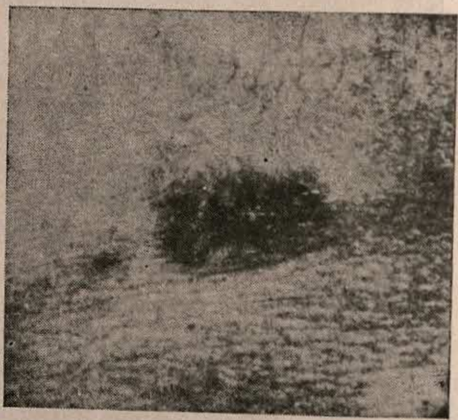
চিত্র 174 ঃ রিউম্যাটয়েড সন্ধি-প্রদাহে মণিবন্ধ ও আঙুলের বিকৃতি



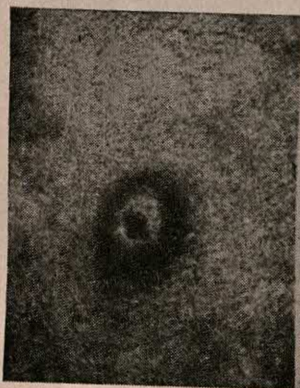
চিত্র 195 : সিফিলিসের তৃতীয় পর্যায়



চিত্র 196 : ঠোঁটে শঙ্করূপী এপিথিলিয়োমা



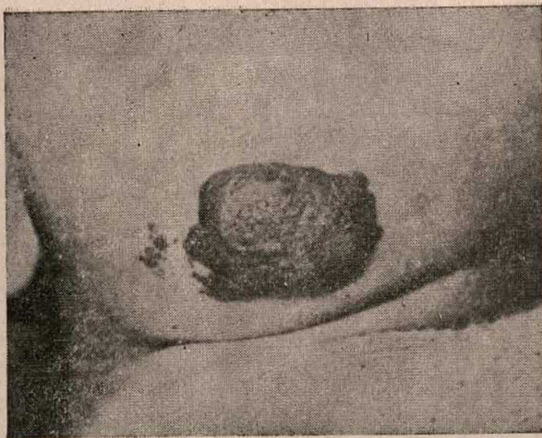
চিত্র 197 : বুনিয়াদি কোষের (basal cell) এপিথিলিয়োমা



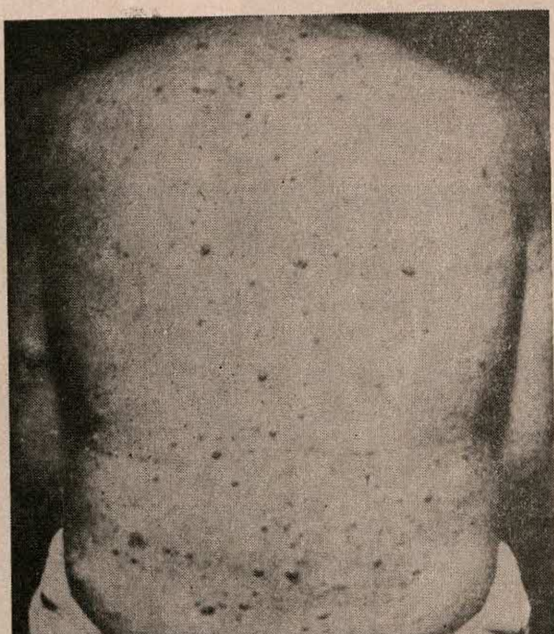
চিত্র 198 : কেরাটো-অ্যাকানথোমা



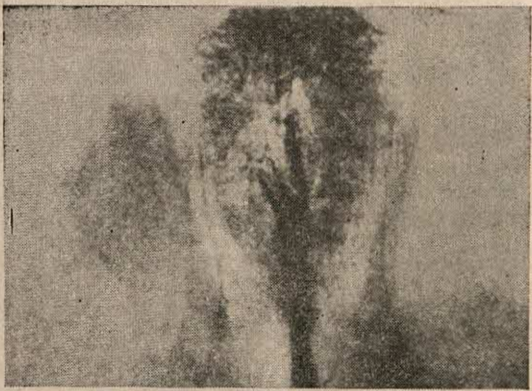
চিত্র 199 : বুনিয়াদি কোষের এপিথিলিয়োমা—উপরতলের



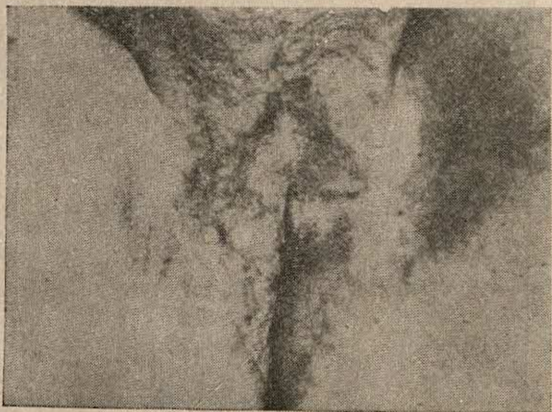
চিত্র 200 : রক্তার্বুদ বা রক্তপিণ্ড



চিত্র 201 : স্নায়ু ও তন্তুকলা গঠিত বহুসংখ্যক টিউমার



চিত্র 202 ঃ উরুতে এবং যোনিদ্বারে সরল ধরনের লিকেন



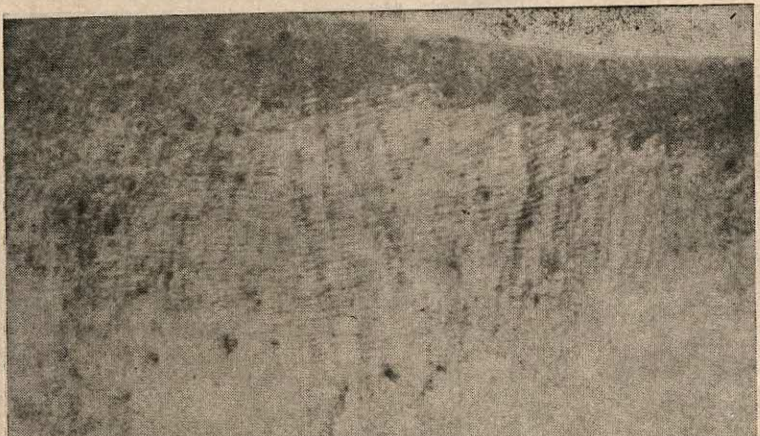
চিত্র 203 ঃ শক্ত ধরনের লিকেন—মলদ্বারের চতুর্দিকে ত্বকের অবক্ষয় ঘটেছে



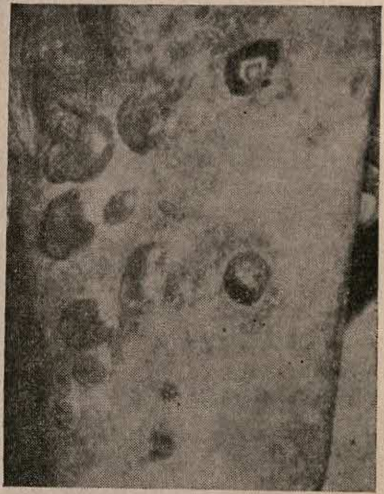
চিত্র 185 : নিকেলের সাসপেণ্ডার ব্যবহারের ফলে চর্ম-প্রদাহ



চিত্র 186 : চোখে পেনিসিলিনের ফোঁটা ফেলার পর অ্যালার্জি প্রসূত চর্ম-প্রদাহ



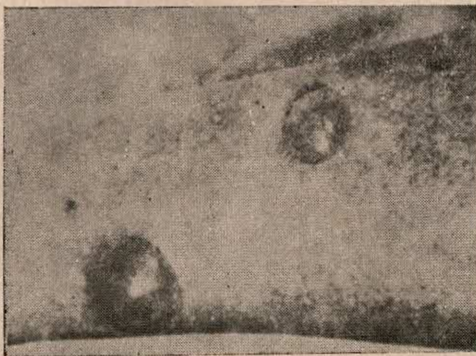
চিত্র 187 : অস্থানে একজিমা—প্রচণ্ড লিকেনাক্রান্ত ত্বক



চিত্র 188 : পেমফিগাস সদৃশ স্ফোটক—বড় বড় ফোস্কা, চারিপাশে রক্তিম ফলক



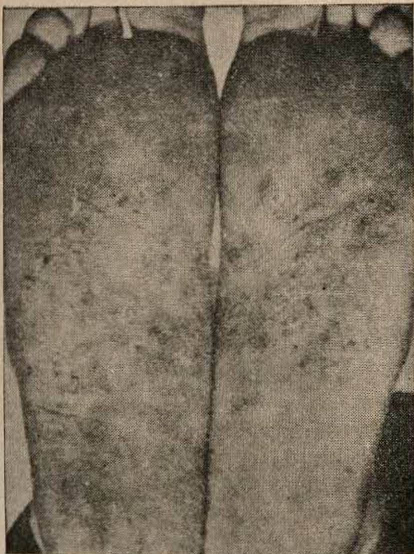
চিত্র 189-190 : নানা আকৃতির নিঃস্রাবী রক্তিমা—মুখের ঝিল্লী ও বহির্যোনি প্রচণ্ডভাবে আক্রান্ত হয়



চিত্র 191 : কীট দংশন জাত স্ফোটক



চিত্র 192 : দাদ



চিত্র 193 : পুঁজযুক্ত সোরিয়াসিস



চিত্র 194 : লুপাস ভালগারিস

বাংলা ভাষায় চিকিৎসা বিজ্ঞানের (মেডিসিন) সর্বাধুনিক তত্ত্ব ও ব্যবহারিক প্রয়োগবিধি সম্পর্কিত এমন সর্বাঙ্গীণ অথচ অনুপুঙ্খ আলোচনা সমৃদ্ধ পাঠ্যপুস্তক সম্ভবত এই প্রথম প্রকাশিত হল। এই বই এর বৈশিষ্ট্য হল, এটি একদিকে আকর ও সহায়ক গ্রন্থ, অন্যদিকে চিকিৎসা শাস্ত্রে প্রথম পাঠ শুরু করেছেন যাঁরা—স্নাতক ও স্নাতকোত্তর উভয় পর্যায়ের ছাত্র-ছাত্রীদের উপযোগী। সোভিন শুধু বিভিন্ন ব্যাধি ও তার প্রতিকার আলোচনা করেন নি, দেহের বিভিন্ন গুরুত্বপূর্ণ উপাঙ্গের গঠন ও অবস্থান এবং বিভিন্ন তন্ত্রের সংক্ষিপ্ত বর্ণনা করেছেন, সেই তন্ত্রের কোন বিশেষ বিশৃঙ্খলা থেকে ব্যাধির উৎপত্তি তাও ব্যাখ্যা করেছেন। ফলে ব্যাধি-লক্ষণ, তার কারণ ও গতি-প্রকৃতি সম্পর্কে একটি সম্পূর্ণ ছবি পাওয়া গিয়েছে। চিকিৎসা পদ্ধতিও সর্বাধুনিক। জেনারেল প্র্যাকটিশনারদের কাছে এই বই বিশেষভাবে আকর্ষণীয় এই কারণে যে রোগীরা সাধারণত যেসব প্রধান লক্ষণ সম্পর্কে চিকিৎসকের সাহায্য নিতে যান তারই ভিত্তিতে ব্যাধিগুলি বর্ণনা করা হয়েছে। ফলে রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা সহজ হয়েছে। সেই বিচারে বইখানি অনন্য।

পঁয়ত্রিশ টাকা